荒尾市立有明医療センター宛　FAX 0968-62-4543　TEL 0968-63-1115（内線2111/2112）

診察予約・検査予約FAX依頼書（兼診療情報提供書）

必要事項記入後、FAXして下さい
原本は、患者さんにお渡し下さい

受付時間：平日（月～金）午前8時30分～午後5時00分　　年　月　日

貴院名		貴医師名	先生		
フリガナ 患者氏名		□男 □女	生年月日		年齢
			□大□昭□平□令	年　月　日	歳
患者住所	〒	本人電話（　　）　－ 上記の他、確実に連絡が取れる方の電話 関係（　　）電話（　　）　－			

【1】診察予約の場合、以下をご記入下さい。

紹介先診療科	科	希望医師		①受診希望日	月　日（　）
				②受診希望日	月　日（　）
				③受診希望日	月　日（　）

【2】検査予約の場合、以下をご記入下さい。

画像診断	□CT　□単純のみ　□単純 ＋ 造影	体内金属（MRIの場合）	□無　□有 → MRI対応か確認して下さい → □確認済	
	□MRI　□単純のみ　□単純 ＋ 造影	ペースメーカー※1（MRIの場合）	□無　□有 → MRI対応か確認して下さい → □確認済	
	希望部位	人工心臓弁（MRIの場合）	□無　□有 → MRI対応か確認して下さい → □確認済	
		その他（CT・MRI共通）	□無　□有　例：リブレ（　　）	

⇒『単純＋造影』希望の場合、BUN・クレアチニン・eGFR・アレルギー情報を必ずご記入下さい。検査データは半年以内のものをお願いします。

※『単純＋造影』希望の場合でも当日の全身状態や血液検査の結果等により当院検査担当医師の判断で単純撮影のみに変更になる場合があります。

BUN（　mg/dl　年　月　日）・クレアチニン（　mg/dl　年　月　日）・eGFR（　mL /min/1.73㎡　年　月　日）

薬物アレルギー　□無 □有　※有の場合は、薬物名を記入（　　）

気管支喘息　□無 □有

糖尿病（CT造影の時）　□無 □有　※有の場合は、薬物名を記入（　　）

□RI　□骨シンチ　□脳血流シンチ　□その他

【3】診療情報　※診療情報提供書を添付される場合は記載不要です。

記載順 → ①傷病名 ②紹介目的 ③既往歴及び家族歴 ④病状経過及び検査結果 ⑤現在の処方 ⑥その他

荒尾市立有明医療センターでは、開放型病床の利用をお願いしています。
患者さんが入院となられた場合、開放型病床を利用されますか？　利用する　・　利用しない

連絡　□ 患者さんへ直接連絡希望（患者さんに連絡し予約確定後貴院へ予約票をFAXします。予約日はその予約票でご確認下さい。また予約票は患者さんに当院から郵送します。）

※1 MRI対応のペースメーカーであってもまずは循環器内科受診が必要となります。循環器内科診察予約を調整し連絡いたします。