

診察予約・検査予約FAX依頼書(兼診療情報提供書)

受付時間: 平日(月~金)午前8時30分~午後5時00分

1

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

年 月 日

貴院名	貴医師名		先生	
フリガナ 患者氏名	□ 男	生年月日		年齢
	□ 女	□ 大□ 昭□ 平□ 令	年 月 日	歳
患者 住所	〒 2		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() 3	
連絡	<input type="checkbox"/> 貴院へ連絡希望 (予約票は貴院へFAXします。)		<input type="checkbox"/> 患者さんに連絡希望 (予約確定後、患者さんへ予約票を郵送します。) 4	

【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。

希望 部位	□ 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
		5		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 () 6	
→『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/1.73m ² 年 月 日)						
薬物アレルギー □ 無 □ 有 ※有の場合は、薬物名を記入() 7						
気管支喘息 □ 無 □ 有 8						
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 9 □ 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？ 1 利用する · 利用しない

※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。

I. 医科 紹介患者さんのFAX予約について(予約手順)

【紹介元の医療機関】

- 1.『診察予約・検査予約FAX依頼書(兼診療情報提供書)』を荒尾市立有明医療センター (FAX:0968-62-4543) へFAXしてください。
- 2.患者さんに『診察予約・検査予約FAX依頼書(兼診療情報提供書)』を渡してください。
CT・MRI造影検査の場合、同意書について紹介元の先生から患者さんに説明してください。
同意書原本は、受診当日に持参するように説明して患者さんに渡してください。
- 3.予約のお返事と予約票について
 - ①貴院へ連絡希望の場合:
当院から貴院へ電話にて予約日をご連絡します。予約票は貴院にFAXいたします。
 - ②患者さんに連絡希望の場合:
当院から電話で患者さんに予約の返事が来ること、『予約票』は郵送で自宅に届くことをお伝えください。
※予約日が間近の場合は、予約票は郵送せず電話のみでの連絡となります。
- 4.予約決定後、荒尾市立有明医療センターから紹介元医療機関へ『予約票』がFAXで届きます。

【患者さん】

- 1.紹介元医療機関より、診療情報提供書・(CT・MRI造影検査の場合は同意書)を受け取ってください。
- 2.荒尾市立有明医療センターから予約日時の電話が入ります。
- 3.荒尾市立有明医療センターより『予約票』が郵送で届きます。
※予約日が間近の場合は、予約票は郵送せず電話のみでの連絡となります。
- 4.『診療情報提供書』『予約票』を持参し、荒尾市立有明医療センターへ受診してください。
※『予約票』が届かない場合でも受診はできますのでご安心ください。

II. 医科 診察予約・検査予約FAX依頼書(兼診療情報提供書)記載方法

- ①受付時間 平日8時30分～17時までです。
- ②予約票送付のため患者さんの住所記載をお願いします。
- ③患者さんに予約日時をお伝えするため電話番号の記載をお願いします。
- ④予約のお返事と予約票について
 - ・貴院へ連絡希望の場合 : 貴院に連絡希望 に、チェックをお願いします。
 - ・患者さんに連絡希望の場合: 患者さんに連絡希望 に、チェックをお願いします。
- ⑤CT・MRIの撮影方法として『単純+造影』の選択肢を追加しました。
- ⑥検査依頼時に『ペースメーカー』『人工心臓弁』『その他』の項目を追加しました。
『その他』項目例:リブレ(クラウドベース糖尿病管理システム)→検査時に外す必要があるため
- ⑦直近(半年以内)の『eGFR』記載をお願いします。
- ⑧CT造影の際、糖尿病の既往・処方を確認する項目を追加しました。
処方内容によっては、服用を一旦中止していただくこともあります。
- ⑨脳血流シンチの選択肢を追加しました。
- ⑩MRI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。
- ⑪医師によるお返事が不要な場合のみチェックをお願いします。
チェックをしていただいている場合でも、医師が必要と判断すればお返事を記載いたします。