



紹介患者様 診療・検査申込書

令和 年 月 日

舞鶴医療センター地域医療連携室 宛

★紹介元医療機関

(0773-63-5836)

貴医療機関名				貴医師名			
住所							
TEL				FAX			

★紹介患者様情報

ふりがな				生年月日	明治・大正	年	月	日生
氏名				昭和・平成	年	月	日生	令和
性別	男・女	年齢	歳	身長	cm	体重	kg	
住所	〒			電話番号	- -			
当院受診歴	有・無	希望受診日時	令和	年	月	日 ()	時	

★診療

希望診療科： _____
 希望医師名： _____

診療依頼目的

脈管外来 (身長 cm 体重 kg)
 MR検査問診 未 済

★消化器内科検査等

胃 瘻 交 換	
C	F
G	F

CF・GF依頼目的： 検査のみ
 生検が必要
 その他 ()

胃瘻の種類： _____

現在の処方 _____

抗凝固薬の停止： 可・ 不可
 検査時の付添い： 可・ 不可
 不可 (一泊入院検査希望)

★放射線科検査

希望検査(○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨密度測定
C	C	M	M	一般撮影(乳房撮影)	R	I	検査
単	造	単	造				
純	影	純	影				

検査部位： 頭部 頸部 胸部 腹部
 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()

検査日 令和 年 月 日

※ 造影検査を依頼される場合は、下記について必ずご回答願います。

血清クレアチニン値 _____ (3ヶ月以内)

- 患者様は現在、糖尿病のお薬を飲んでおられますか？
 いいえ 飲んでいる (薬のなまえ： _____)
- 患者様は気管支喘息であると診断されたことがありますか？
 いいえ はい (気管支喘息であると造影剤禁忌です)

希望画像媒体 CD-R フィルム 当日持ち帰り(読影レポートは後日) 後日郵送