

検査等申込書

(放射線検査・心エコー用・栄養指導・骨塩定量)

□□□□ - □□□□ - □□

平成 年 月 日

岩手県立宮古病院

FAX 0193-63-6945

TEL 0193-62-4011(内線2130)

受診希望日 [無 ・ 有] 平成 年 月 日 ()				心エコー・栄養指導は(水)か(金)				
(ふりがな)		1 男 2 女		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名		みやこサーモンケアネットの登録				有 ・ 無		
※下記の欄は保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。								
住 所		郵便番号 □□□□ - □□□□						
電話番号		自宅 ()			携帯 ()			
勤務先		電話番号						
被保険者氏名								
保険区分		高齢受給者 ・ 後期高齢者						
保険者番号								
記 号								
番 号		備考						
負担割合		1割			2割		3割	
区 分		区分Ⅰ		区分Ⅱ		一般適用		一般適用外
本人家族別		1 本人 ・ 2 家族						
資格取得		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
有効期限		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
依頼内容		<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 放射線検査 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 骨塩定量						
共通項目	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	その他
	診 断 名							
	依 頼 目 的							
<small>※診療情報提供書のFAXでも可</small> 栄養指導は右から選択 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ()								
放射線	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> DSA(IA/IV) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRI(DWIBS)		部 位		<small>・妊娠初期、重症不整脈のある方、直近に造影剤を使用した検査後の方は注意が必要です。その旨記載願います。 <small>・体内金属(ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工弁)の手術を受けられた方はMRI検査はできません。</small> </small>			
	造影(いずれかに○)		有 ・ 無					
栄養指導	指示事項		エネルギー	たんぱく質	脂肪	塩分	その他	
			kcal	g	g	g		
	検査値	尿糖	血糖値	HbA1c	TCHO	HDL	LDL	TG
	尿蛋白	AST	ALT	γ-GTP	BUN	CREA	UA	
			mg/dl	%	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
			Iu/l	Iu/l	Iu/l	mg/dl	mg/dl	mg/dl
紹介元医療機関の所在地								
名 称								
医師氏名								
電話番号 () FAX ()								

1. 太線の枠内をご記入下さい。
2. 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入下さい。
3. 交通事故等で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入下さい。