

検査等申込書

(放射線検査・心エコー用・栄養指導)

□□□□ - □□□□ - □

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		備考		
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								
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				
有効期限	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							
共通項目	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	その他
	診 断 名							
	依頼目的							
	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			部 位		・妊娠初期、重症不整脈のある方は注意が必要です。その旨記載願います。 ・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。		
	造影(いずれかに○)			有 ・ 無				
栄養指導	指示事項		エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂肪 g	塩分 g	その他	
	検査値	尿糖	血糖値 mg/dl	HbA1c %	TCHO mg/dl	HDL mg/dl	LDL mg/dl	TG mg/dl
		尿蛋白	AST Iu/l	ALT Iu/l	γ-GTP Iu/l	BUN mg/dl	CREA mg/dl	UA 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。