

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) 患者氏名	1 男 2 女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日					
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											
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	・CT ・MRI ・DSA(IA/IV) ・RI			部位			妊娠初期、重症不整脈のある方は注意が必要ですので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	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	()					

- 太線の枠内をご記入下さい。
- 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。
- 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。

作成2016.2