

地域医療連携室・診療申込書

紀南病院

紹介元医療機関名

_____ 科

住 所 :

T E L :

F A X :

医師名 :

_____ 先生

ふりがな	生年月日	男 ・ 女
患者氏名	大・昭・平・令	年 月 日生()歳
患者住所(〒)	電話 ()	
	携帯電話 ()	

傷病名
紹介目的

当院受診歴 あり ・ なし

●依頼内容 外来受診(希望日① 月 日・② 月 日・③ 月 日) (入院中受診)

備 考:

検査依頼 (下記にご記入下さい。)

《撮影部位》 頭部 頸椎 胸部 腹部 腰椎

四肢() その他()

《検査項目》 C T 単純 造影 冠動脈CT

M R I 単純 造影

MRIをご希望の場合は必ず右記の項目をご確認下さい。

R I 骨シンチ その他()

超音波検査他 腹部エコー 頸動脈エコー

心エコー 甲状腺エコー

ABI 副甲状腺エコー

脳波

肺機能検査

骨塩定量検査

その他

()

※救急

救急時のご連絡につきましては救急部(0739-22-5994)で対応いたします。
地域医療連携室では、ご予約依頼の患者さまのみの対応となっております。

MRIは下記で「有」の方の検査はできません	
●心臓ペースメーカー	(有・無)
●人工内耳等の電極	(有・無)
●MRI対応でない脳動脈クリップ	
材質不明の場合も不可	(有・無)
造影MRIは下記で「有」の方の検査はできません	
●気管支喘息	(有・無)
●薬物アレルギー	(有・無)

FAX	0739-22-1023	和歌山県田辺市新庄町46番地の70
TEL	0739-22-5118・5114	紀南病院 地域医療連携室