

送付先	市立砺波総合病院 患者総合支援センター		住所	〒939-1395 砺波市新富町1番61号		
			TEL	0763-32-8361	FAX	0763-33-1591
発信人	施設名		住所			
	医師名		TEL		FAX	

診療・医療機器共同利用・開放型病床入院

年 月 日

ふりがな		生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		性・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(才)		
		TEL				
住所						

診療	<input type="checkbox"/> 即日診療					
	<input type="checkbox"/> 診療予約	希望日:	月	日	()	時
		診療科:	科	希望医師:		

機器利用	希望日:	月	日	()		
	<input type="checkbox"/> 単純撮影	部位:				
	<input type="checkbox"/> CT	部位:	造影:	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任	ビグアニド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※検査前後5日間服用を中止	血清Cr 検査値
	<input type="checkbox"/> MRI	部位:	造影:	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任	ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	検査日
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定					

開放型病床	<input type="checkbox"/> 即日入院	<input type="checkbox"/> 入院予約	希望科:	
-------	-------------------------------	-------------------------------	------	--

傷病名

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方 (継続希望薬に○)	既往症・家族歴	添付資料 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
-----------------	---------	---