

送付先	市立砺波総合病院 地域医療連携室		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		TEL			
	医師名		FAX			
	住所					

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・	年	月	日
患者氏名			性・年齢	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	(才)
			TEL			
住所						

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療依頼 ※検査をご依頼の場合は、医療機器共同利用依頼もご記入下さい。					
	<input type="checkbox"/> 即日診療		<input type="checkbox"/> 診療予約			
	希望日時：		月	日 ()	時	
	希望科：		科		希望医師：	
	<input type="checkbox"/> 医療機器共同利用依頼					
	希望日時：		月	日 ()	時	
	<input type="checkbox"/> 単純X線撮影 部位：					
	<input type="checkbox"/> CT 部位：		ビグアニド系糖尿病薬の服用		血清 Cr	検査値
	造影： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任		※検査前後5日間服用を中止します			
	<input type="checkbox"/> MR I 部位：		ペースメーカー装着		検査日	
造影： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> 骨密度測定						
<input type="checkbox"/> 開放型病床入院依頼						
<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	入院となった場合の貴院処方の継続希望薬・コメント・要望など	既往・家族歴	備考
-------	-------------------------------	--------	----

添付資料	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
------	---

