

## ご紹介患者様事前受付 FAX 用紙

<b>【送信先】</b> 京都民医連中央病院 地域医療連携課 TEL: 075-861-2650/FAX: <b>075-861-2544</b> 受付時間: (月・水・金) 8:30~20:30 (火・木) 8:30~16:30 (土) 8:30~12:30
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

紹介元医療機関名			
ご担当医師名		送信担当者様	
電話番号		FAX 番号	
患者名	(フリガナ) (男・女)	当院受診歴	無・有 (ID: )
		連絡先 TEL	
生年月日		住所〒	
ご希望日	第一希望:	第二希望:	※ご希望に添えない際は当院から連絡させていただきます。

### 診察依頼

紹介内科(総合)	循環器内科	リウマチ内科	脳神経内科	脳神経外科	神経難病外来	呼吸器内科	腎臓内科	消化器内科	消化器外科	緩和面談外来	一般・肛門外科	整形外科	リハビリ外来	小児科	産婦人科	乳腺外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	歯科口腔外科	腫瘍内科(化療)	胃瘻交換(火・金)
紹介目的		胃瘻交換の方はご希望のタイプ、サイズをご記入下さい。( )																				
希望医師	無・有( )医師										診療情報提供書	無・有( FAX をお願いします )										

### 検査依頼

胃カメラ(※下記投薬確認)	大腸ファイバー(外来・入院)(※下記投薬確認)	腹部エコー	甲状腺エコー	心エコー	下肢血管エコー(動脈・静脈)	頸動脈エコー	ホルター心電図	トレッドミル	脳波	神経伝導検査(上肢・下肢)	針筋電図	簡易型 PSG	終夜睡眠ポリグラフィ(入院)	肺機能	CT(※下記より選択)	MRI(※下記より選択)	一般レントゲン	心臓カテーテル検査(入院)	その他( )
※胃カメラ・大腸ファイバー 7 日前中止薬(あり・なし) 前投薬(ブスコパン・グルカゴン・不可) 生検(可・不可)																			
※CT(単純・造影・ダイナミック) 喘息(あり・なし) 造影剤アレルギー(あり・なし) (頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部・全腹部・頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎・上肢・下肢・冠動脈・DIC・その他)																			
※MRI(単純・造影) ペースメーカー(あり・なし) 体内金属(あり・なし) (頭部・頸部・耳下腺・甲状腺・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部(肝胆脾)・腎臓・下腹部・前立腺・上肢・下肢・MRCP・その他)																			

- FAX 受診後、すみやかに予約票を FAX させていただきます。
- 緊急時や当日受診については地域医療連携課まで直接お電話ください。
- 保険者情報(保険証およびカルテのコピー)を共に FAX いただけますと助かります(任意)
- 受診当日までに、診療情報提供書または検査用依頼箋の FAX をお願いいたします。