検査等申込書

(放射線検査・心エコー用・栄養指導・骨塩定量)

□□□□ - □□□□ - □

令和 年 月 日

岩手県立宮古病院

FAX 0193-63-6945

TEL 0193-62-4011(内線5954)

受診希望日 [無 ・ 有] 令和 年 月 日 ()				心エコー/(月・水・金) 栄養指導/(月・火・水)			
(ふりがな)				1 男	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
患者氏名				2 女	コメント欄(予約希望について特記事項があれば記入願います)		
※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		※H30年度より栄養指導は宮古病院医師の診察の後に栄養指導を行います。 病院窓口での患者様の会計(保険割合相当)が発生しますのでご注意ください。	
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						備考	
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	☐ 心エコー ☐ 放射線検査 ☐ 栄養指導 ☐ 骨塩定量						
共通項目	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
	診 断 名						
	依 頼 目 的						
※診療情報提供書のFAXでも可 栄養指導は右から選択 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧 ☐ ()							
放射線	☐ CT ☐ MRI ☐ RI ☐ MRCP ☐ MRI(DWIBS)			部 位		・妊娠初期、重症不整脈のある方、直近に造影剤を使用した検査後の方は注意が必要です。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	指示事項		エネルギー	たんぱく質	脂肪	塩分	その他
			kcal	g	g	g	
	検査値	尿糖	血糖値	HbA1c	TCHO	HDL	LDL
	尿蛋白	AST	ALT	γ-GTP	BUN	CREA	UA
		Iu/l	Iu/l	Iu/l	mg/dl	mg/dl	mg/dl
紹介元医療機関の所在地							
名 称							
医師氏名							
電話番号 ()				FAX ()			

1. 太線の枠内をご記入下さい。
2. 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。
3. 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。