（様式1-2）

検 査 等 申 込 書

（放射線検査・心エコー用・栄養指導・骨塩定量）

【予約受付時間　平日午前8時30分～午後4時30分まで】
※時間外の対応は、翌平日の午前8時30分以降となります。

□□□－□□□□－□

令和　　年　　月　　日

岩手県立宮古病院
地域医療福祉連携室　宛
FAX　0193-63-6945（直通）
TEL　0193-62-4011(内線5954)

検査希望日 無 ・ 有 ※有の場合希望日を記入願います。	第1希望　令和　　年　　月　　日（　） 第2希望　令和　　年　　月　　日（　） 第3希望　令和　　年　　月　　日（　）	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）
（ふりがな） 患者氏名	1 男 2 女	
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才	付随FAX □診療情報提供書（必須） □保険証コピー □公費負担受給者証コピー □MRI検査前チェックリスト □造影検査前チェックリスト
※保険証（貴院カルテ表紙）及び公費負担受給者証のコピーを同時にFAXして頂ければ、下記の欄は記載不要です。		
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		被保険者との続柄		
保険区分		公費負担医療		
保険者番号		負担者番号		備考
記号・番号		受給者番号		
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	資格取得	年　月　日	
区分		有効期限	年　月　日	
本人家族別	本人 ・ 家族	その他特記事項	労災 ・ 公災 ・ 交通事故	
資格取得	年　月　日			
有効期限	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　その他
	診断名					
	依頼目的	※診療情報提供書に記載されている場合は省略可				
	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ので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 kcal	たんぱく質 g	脂肪 g	塩分 g	その他	
	検査値	尿糖	血糖値 mg/dl	HbA1c %	TCHO mg/dl	HDL mg/dl	LDL mg/dl	TG mg/dl
		尿蛋白	AST Iu/l	ALT Iu/l	γ-GTP Iu/l	BUN mg/dl	CREA mg/dl	UA mg/dl

紹介元医療機関の所在地

名　　称

医師氏名

電話番号　（　　）　FAX　（　　）

※太線の枠内をご記入下さい。本様式は当院ホームページ（https://miyako-hp.jp）からもダウンロード可能です。　修正202510