

病院提出用

診療依頼書

依頼日:

令和 年 月 日

☐ 緊急受診 ☐ 後日受診
☐ 最短日受診 ()

※直近で難しい日や曜日があればご記入ください

☐ 検査 ☐ 外来 ☐ 入院

医療法人河内友誼会
河内総合病院

〒578-0954
大阪府東大阪市横枕1番31号

TEL : 072-966-2281(地域医療連携室直通)
FAX : 072-966-2282(地域医療連携室直通)

診療科	☐ 内科	☐ 小児科	☐ 整形外科	☐ 心臓血管外科	☐ 耳鼻咽喉科
	☐ 糖尿内科	☐ 呼吸器科	☐ 脳神経外科(脳)	☐ 泌尿器科	☐ 皮膚科
	☐ 消化器科	☐ 放射線科	☐ 脳神経外科(脊椎)	☐ 産婦人科	☐ 歯科口腔外科
	☐ 循環器科	☐ 外科	☐ 形成外科	☐ 眼科	☐ 透析科

※ 脳神経外科(脊椎)について … 腰椎・脊椎・脊髄疾患に対して診療をおこなっております。例)腰痛症・脊髄損傷など

※ 希望担当医師がいる場合のみご記入ください
(ご希望に添えない場合もございます)

医師

御依頼者	医療機関名			
	住所	〒 -		
	医師名			
	電話番号		FAX番号	

患者情報	フリガナ							
	氏名			性別	☐ 男性	妊娠の有無		
					☐ 女性	☐ 有 ☐ 無		
	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 () 歳						
	住所	〒 -						
		自宅電話番号:				携帯番号:		
診療情報	傷病名							
	病状経過 及び 検査結果など	別紙参照(診療情報提供書) ☐ あり ☐ なし						
	各種添付データ	☐ 血液結果 ☐ 心電図 ☐ 超音波 ☐ 内視鏡 ☐ X線 ☐ CT ☐ MRI ☐ その他 ()						
予約	検査・診察 希望日	第一希望	月	日	曜日	☐ 午前 ☐ 午後	時	分
		第二希望	月	日	曜日	☐ 午前 ☐ 午後	時	分
検査項目	☐ 放射線画像	☐ CT ☐ MRI ☐ MRA 部位 () ☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 頸部MRAも含む(頭部MRIの依頼時)						
		☐ 画像CD-R・所見共に要 ☐ 画像CD-Rのみ要 ☐ 所見のみ要 ☐ 画像フィルム・所見共に要 ☐ 画像フィルムのみ要 ◆希望にチェックして下さい						
		☐ 骨密度検査(DEXA) ☐ 測定結果(CD-R) ☐ 測定結果(用紙)						
	☐ 内視鏡	☐ 胃カメラ ☐ 大腸カメラ ※原則、医師の診療を受診いただいてからのご案内となります。 《感染症》 ☐ HBV ☐ HCV ☐ WaR ☐ 不明 ◆該当にチェックして下さい						
	☐ 超音波	☐ 腹部 ☐ 心臓 ☐ 甲状腺						
	☐ その他	☐ 脳波 ☐ トレッドミルによる負荷心電図 ☐ 24時間心電図						

予約時間は月曜日から金曜日までが午前9時から午後8時、土曜日は午前9時から午後5時までとなっております。
なお、日祝日はFAXを送りいただければ休日明けにご連絡いたします。