愛染橋病院　　診療情報提供書（受診申込書）

ＴＥＬ：06-6634-8901（地域直通） ＦＡＸ：06-6634-8902 受　付：月～金(9:00～19:30) 土曜日：(9:00～13:00) ※日曜日祝日除く	医療機関名 住　　所 Ｔ　Ｅ　Ｌ Ｆ　Ａ　Ｘ 医　師　名	

診　療

☐ 外来　☐ 入院						希望医師名（　　医師）			
☐ 内科	☐ 小児科	☐ 外科	☐ 小児外科	☐ 整形外科	☐ 産婦人科	☐ 耳鼻咽喉科	☐ 形成外科	☐ 泌尿器科	
主　訴 既往歴 病状等	☐ 別紙参照（診療情報提供書）								

検　査

CT	☐ 単純 ☐ 造影	☐ 頭部　☐ 頸部　☐ 胸部　☐ 胸部～骨盤部 ☐ 上腹部　☐ 上腹部～骨盤部　☐ 骨盤部　☐ その他（　　） 造影検査の場合、右記☑ください　☐ 喘息なし　※喘息の方は造影検査ができません
MRI	☐ 単純 ☐ 造影	☐ 頭部＋MRA　☐ 頭部ルーチン＋VSRAD　☐ MRCP　☐ 頸部　☐ 上腹部 ☐ 子宮・卵巣　☐ 前立腺・膀胱　☐ 頸椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ その他（　　） 造影検査の場合、右記☑ください　☐ 喘息なし　※喘息の方は造影検査ができません
内視鏡		☐ 胃内視鏡（ ☐ セデーション希望 ）　☐ 大腸内視鏡（※要受診）　☐ 上下部内視鏡（※要受診） ※内視鏡検査でセデーション希望の場合、体重制限があります(100Kg以上の方はセデーション不可)
その他		☐ 腹部エコー　☐ 心エコー　☐ 頸部エコー（甲状腺・頸動脈）　☐ 骨密度（DEXA）　☐ その他（　　）
傷病名 検査目的 （検査内容）		☐ 別紙参照（診療情報提供書）　☐ 検査スクリーニング

受診希望日

☐ 希望なし ・　希望日①　　月　　日　AM・PM（　　：　　）　②　　月　　日　AM・PM（　　：　　）

患者情報欄

フリガナ									生年月日								
氏　名									☐ 大正　☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和 年　月　日								
性　別	☐ 男　☐ 女								愛染橋病院　受診歴				☐ 有　☐ 無				
住　所	〒　　TEL：																
保　険									公費								
	記号				番号　　（枝番）												
区　分	☐ 本人　☐ 家族				負担割合	☐ 1割　☐ 2割　☐ 3割											