

紹介患者予約申込書

記入日 年 月 日

(株)日立製作所 ひたちなか総合病院

科

医師

【受付時間】 平日8:15～16:30

本申込書と診療情報提供書を下記にFAXしてください
予約日時決定後『予約票』をFAXで返信いたします

病院名

TEL

FAX

* TEL/FAXは診療情報提供書に記載があれば不要です

フリガナ		生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 歳	☐ 男性 ☐ 女性
患者氏名		TEL		
医学的に望ましい受診までの期間	☐ 1週間 ☐ 1ヶ月 ☐ 3ヶ月 ☐ 無し ☐ その他() ☐ 本日 ➡			
受診当日状況	☐ 入院中 ➡入院基本料を記載した文章を持参してください			
ご都合の悪い日・曜日	☐ 無 ☐ 有()			
来院方法	☐ 自家用車 ☐ 救急車 ☐ 介護タクシー ☐ その他()			
☐ 診察	必要に応じてデータもFAXしてください			
持参画像	☐ 無 ☐ 有	☐ X-P ☐ CT ☐ MRI ☐ その他()		

緊急受診時情報

意識レベル()

BD P R KT SPO2

認知症(あり・軽度・年齢相応・不明・無し)

ADL(自立 ・軽介助 ・全介助)

継続処置(点滴・酸素・その他)

来院時付添家族(続柄)

キーパーソン連絡先携帯()

その他連絡事項

☐ 検査	*持続自己血糖測定器(FreeStyle)は患者さんご自身での取り外しと装着をお願いいたします	
	☐ CT	☐ 単純 ☐ 造影 ※同意書のFAXが必要です Cre値【 】採血日【 / 】(6か月以内) 当院基準値(男:0.65～1.07、女:0.46～0.79) 造影時ビグアナイド系糖尿病薬使用 ☐ 無 ☐ 有(薬品名) 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 下腹部 ☐ 上下腹部 ☐ その他()
	☐ MRI	体内金属 ☐ 無 ☐ 有() ➡ MRI検査 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 単純 ☐ 造影 ※同意書のFAXが必要です。 Cre値【 】採血日【 / 】(6か月以内) 当院基準値(男:0.65～1.07、女:0.46～0.79) 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 頸髄 ☐ 胸髄 ☐ 腰髄 ☐ MRA ☐ 上腹部 ☐ MRCP ☐ 骨盤部 ☐ MRI(EOB) ☐ その他()
	☐ 超音波	☐ 上腹部 ☐ 下腹部 ☐ 甲状腺 ☐ その他()
	☐ X線	☐ 骨年齢評価(小児手XP)
	☐ その他	☐ 骨塩定量検査(骨密度測定) 腰椎、右股関節、左股関節の全てに金属がある場合、検査不可になります。

202501

* 発熱、風邪症状等がございましたら前日までにご連絡お願い致します

(株)日立製作所 ひたちなか総合病院 地域医療連携室

TEL:029-354-5202

FAX:029-354-5220