



紹介患者様 診療・検査申込書

令和 年 月 日

舞鶴医療センター地域医療連携室 宛

★紹介元医療機関

(0773-63-5836)

貴医療機関名	貴医師名
住所	
TEL	FAX

★紹介患者様情報

ふりがな	氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日生	
性別	男・女	年齢	歳	身長	cm	体重	kg
住所	〒		電話番号	-	-		
当院受診歴	有・無	希望受診日時	令和	年	月	日 ( ) 時	

★診療

希望診療科: \_\_\_\_\_

希望医師名: \_\_\_\_\_

診療依頼目的

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

脈管外来 (身長 cm 体重 kg)

MR検査問診 未 済

★消化器内科検査等

胃 瘻 交 換	
C	F
G	F

CF・GF依頼目的:  検査のみ  
 生検が必要  
 その他 ( )

胃瘻の種類: \_\_\_\_\_

現在の処方 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

抗凝固薬の停止:  可・ 不可  
検査時の付添い:  可・ 不可  
 不可 (一泊入院検査希望)

★放射線科検査

希望検査(○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	C	M	M	一般撮影	R	骨	
T	T	R	R	撮影(乳房撮影)	I	密	
単	造	単	造	影	検	度	
純	影	純	影	査	査	測	
						定	

検査部位:  頭部  頸部  胸部  腹部  
 頸椎  胸椎  腰椎  その他 ( )

検査日 令和 年 月 日

※ 造影検査を依頼される場合は、下記について必ずご回答願います。

血清クレアチニン値 (3ヶ月以内)

- 患者様は現在、糖尿病のお薬を飲んでおられますか?  
 いいえ  飲んでいる (薬のなまえ: )
- 患者様は気管支喘息であると診断されたことがありますか?  
 いいえ  はい (気管支喘息であると造影剤禁忌です)

希望画像媒体  CD-R  フィルム  当日持ち帰り(読影レポートは後日)  
 後日郵送