

独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院・診療依頼書（FAX用）

令和 年 月 日

依頼元

医療機関名：
 医 師 名：
 住 所：
 T E L：
 F A X：

※当院受診歴（ 有 ・ 無 ）

フリガナ 患者さま氏名	男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() —
住 所	〒 —		

◎受診（検査）希望日 令和 年 月 日
 至 急
 いつでもよい

診療・検査のご希望についてご記入下さい。（該当項目にチェック又は○印を付けて下さい。）

【診 療】 ※診療情報提供書も併せてFAX送信願います。

1. 臨床診断・病名
2. 依頼内容 入院 外来
3. 患者さまの歩行状態 歩行可能 車椅子 ストレッチャー
4. 希望受診科、専門領域
 内科 消化器内科 糖尿病内科 脳神経内科 呼吸器内科
 循環器内科 消化器外科 呼吸器外科 整形外科
 骨粗鬆症 その他の専門領域 ()
 ※ご希望の医師があればご記入下さい。()

【検 査】

※下記のうち、斜字の検査は事前に当院医師の診察予約をお願いします。

内視鏡検査

- 上部消化管【経口・経鼻／鎮静（有 無）】（食道、胃、十二指腸）
 上部消化管検査前診察希望
 下部消化管（大腸、直腸） その他 ()

放射線検査

- 胃透視 大腸透視
 CT【単純 造影】（頭部、頸部、胸部、腹部、その他）
 MRI【単純 造影】（頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤部、脊椎、四肢関節、
 アンギオ、その他）

※ CT・MRI撮影の場合、読影の要否【要・否】

- 骨密度（腰椎、腰椎+大腿、腰椎+大腿+体組成）

核医学検査

- 脳血流 心筋（負荷：有 無） 骨 ガリウム 肝 甲状腺
 レノグラム その他 ()

超音波検査

- 心臓 頸部（甲状腺、頸動脈） 腹部（肝、胆道、膵臓、脾臓、腎）
 乳房 膀胱 その他

その他の検査

- 脳波 神経伝導速度 サーモグラフィー 針筋電図
 CGM（持続血糖測定） その他 ()

独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院 地域医療連携室

FAX：079-563-4646（専用）

TEL：0120-62-2125（フリーダイヤル） 079-563-2121（代表）内線371

受付時間：土、日、祝日を除く 8：30～19：00です。（木曜日は8：30～17：15）

FAXでの受付は随時対応致します。ただし、時間外は翌日対応となります。