

兵庫中央病院・診療依頼書（FAX送信用）

申込日： 令和 年 月 日

医療機関名：
 医師名：
 ご住所：
 電話番号：

F A X：

患者情報	フリガナ	性別	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和
	氏名	別		月 日	年 月 日
	〒	住所			
	電話番号	兵庫中央病院の受診歴		【 あり・なし 】	
診察（検査）希望日	・本日 ・第1希望（ 月 日 曜） 第2希望（ 月 日 曜） ・都合の悪い日（ ）				
依頼内容	・入院 外来診察 検査依頼				
患者の状況	・歩行可能 車椅子 ストレッチャー				

※ 以下について、ご紹介先の診療科やご希望される検査を○囲みでご記載ください。

診療科	内科	消化器内科	糖尿病内科	結核内科	骨粗鬆症	脳神経内科	消化器外科	整形外科	もの忘れ外来	頭痛外来	筋ジス外来	肛門外来	静脈瘤外来	胆石・ヘルニア	肥満外来	1型糖尿病	睡眠外来		
-----	----	-------	-------	------	------	-------	-------	------	--------	------	-------	------	-------	---------	------	-------	------	--	--

※ ご希望の医師【 あり（医師氏名： ） ・なし 】

内視鏡検査

- 胃内視鏡【 経口・経鼻 】 鎮静【 あり・なし 】 ・検査前診察希望【あり・なし（説明・同意書要）】
- 大腸内視鏡（※検査事前に当院医師の診察予約必要）
- 胃瘻交換【胃瘻種類（製品名）： サイズ： Fr、 cm】

放射線検査

- 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 頸椎 胸椎 腰椎 四肢（ ） 関節（ 頭・頸・下肢 ） 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（人工股関節 有 ・ 無 ）

核医学検査

- 脳血流シンチ ・ DATスキャン ・ 心筋MIBG ・ 骨シンチ ・ Ga(ガリウム)シンチ ・ その他（ ）
- ※読影の要否【 要 ・ 否 】

超音波検査

- 心臓 ・ 腹部【腹部1（肝・胆・膵・脾・腎）、 腹部2（腹部1+膀胱・前立腺）、 その他（ ）】
- 血管【頸動脈、下肢静脈、下肢動脈、その他（ ）】 ・ 表在【甲状腺、乳腺、その他（ ）】
- その他（ ） ※その他の場合は詳細をご記入ください。

その他の検査

※その他の場合は詳細をご記入ください。

- 脳波・神経伝導速度（□ 要読影）【手根管症候群疑い、糖尿病セット、その他（ ）】
- CGM（持続血糖測定） ・ 針筋電図（※検査事前に当院医師の診察予約必要） ・ 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

TEL：079-563-2121（代表）、0120-62-2125（地域連携直通）

FAX：079-563-4646（地域連携直通）

FAX受付時間 8:30～19:00（木曜日は8:30～17:15）※受付時間外に受理したご依頼は翌日対応になります。