

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 氏名	性別 男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	〒 ー ー 住所			
	電話番号 ー ー		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（ ）		
予約変更について		・紹介元を通じて行う（患者家族と直接調整が不可の場合、○をつけてください）		
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】  
バンパー型からバルーン型に変更の際は、ボタンタイプかチューブタイプかも記載してください。

**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**（キャンセルは前日15時までに必ず連絡ください）

- 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（□要読影） ・ CGM（持続血糖測定）
- 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（ ）】

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。