

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 年 月 日
	氏名				
	〒 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】
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 ①腰椎 ②腰椎＋大腿 ③腰椎＋大腿＋全身 （人工股関節 有 ・ 無 ）

☐ 核医学検査 （キャンセルは2営業日15時までに必ず連絡ください）
・脳血流シンチ(定性) ・DATスキャン ・心筋MIBG ・骨シンチ ・Ga(ガリウム)シンチ ・その他（ ）
※脳血流シンチ定量の場合は記入をお願いします。（ ） ※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。