年　　月　　日

紹介状・診療情報提供書（検査予約申込書―放射線科以外）

FAX 082-879-1146

広島共立病院　地域医療連室行き

紹介元　医療機関名
医師氏名
（電話番号）　　（ＦＡＸ）

フリガナ		住所	
氏名	様（男・女）		
生年月日	M・T　年　月　日(満　歳) S・H・R	電話番号	（　　）　―

＊広島共立病院受診歴：（　有　・　無　）　ADL：（　自立　・　車いす　・　ベッド上　）

検査名（○でお囲みください）

内視鏡

- 胃カメラ（経鼻希望：　あり　・　なし　）
- 外来大腸カメラ

エコー　部位：心臓・腹部・乳腺・甲状腺・頚動脈
その他（　　）

左記以外の検査名
（　　）

ご希望日
1．出来るだけ早く、又は希望なし
2．希望日・曜日指定がある
（　　）

★内視鏡検査希望の場合ご記入ください★

①抗血小板剤・抗凝固剤服用：　あり　・　なし
「あり」の場合、別紙の問診票へのご記入をお願いいたします。
②ペースメーカー埋込み　：　あり　・　なし
「あり」の場合メーカー名にチェックをお願いいたします。当日は必ずペースメーカー手帳をご持参ください。

☐ Medtronic　☐ SJM（ST, JUDE MEDICAL）　☐ BIOTRONIK　☐ 日本光電
☐ 日本ライフライン　☐ Boston Scientific　☐その他（　　）

検査目的	
主訴又は疾病名	
現病歴 現在の処方など	
既往歴･手術歴	
要望・留意事項等	

①保険	保険者番号		②公費		資格取得
	記号	本人			有限期限
	番号	家族	③公費		資格取得
	資格取得	有限期限			有限期限
	被保険者	勤務先	高齢者負担割合　1割　2割　3割		