

# 診療連携連絡票

全 枚

名古屋西病院 医療連携担当 行き

★平日9-17時、土曜9-12時
Fax: 052-361-0959
Tel: 052-361-0557
e-mail: nishi-hosp@med-junseikai.or.jp
★上記時間以外
Fax: 052-361-0727
Tel: 052-361-0878

紹介元:

医療機関名
医師名
所在地
TEL
FAX
e-mail

希望日時	月 日 ( ) 時 分		
フリガナ		生年月日	(M・T・S・H)
患者氏名		年 月 日生	
名古屋西病院 受診歴	※わかる範囲で構いません。 無・有 (ID: )	性別	男 ・ 女
患者自宅住所	〒( - )		
患者TEL	( ) -		

検査項目	部位・確認事項等 ※ご希望の項目に○をつけてご指示下さい。
	《画像データのご提供方法：①～⑤の検査はCD-ROM、⑥の検査は結果用紙（医師・患者用の2枚）となります。》
①内視鏡検査	上部消化管
②超音波検査	腹部・心臓・頸動脈
③CT検査（単純のみ）	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他 ( )
④MRI検査 （単純のみ）	※複数の部位を希望される方は、部位ごとに予約が必要となります。 頭部（脳MRI・MRA）・頸部MRA・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・腹部・MRCP 骨盤部・四肢 ( ) ・その他 ( ) 【確認事項】 心臓ペースメーカー（無・有）・体内金属（無・有）・閉所恐怖症（無・有）・刺青（無・有） 妊娠・妊娠の可能性（無・有） ※「有」の方は検査ができない場合があります。
⑤X線検査	胃透視 ・ マンモグラフィ
⑥骨塩定量検査 （DEXA法）	腰椎十左大腿骨頸部（原則） ・ 腰椎 ・ 大腿骨頸部（右・左） ※基本撮影部位は「腰椎十左大腿骨頸部」となります。体内金属の有無によって撮影部位を変更する場合があります。

連絡事項	ご紹介目的・先生からのご指示、ご要望（貴院様式での別紙添付でも構いません。）
	現在の処方内容（貴院様式での別紙添付でも構いません。）
保険種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 他( )

保険証・公費医療証を併せてFAXしていただくと助かります。  
FAX送信後に、電話にてご連絡いただくと幸いです。

※内視鏡施行時：抗血液凝固剤、インスリン注射や血糖下降剤 生検の可否／服用中止の可否など御指示をお願いします。