

名古屋西病院 診療連携連絡票

申込書にご記入の上、FAXでお送りください。

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
 ▶上記時間以外
 FAX：052-361-0727
 TEL：052-361-0878

申込日	年 月 日
紹介元医療機関	
医療機関名	
医師名	
所在地	
TEL	
FAX	
e-mail	

検査希望日	月 日 ()	時 分	診察希望	無 ・ 有
フリガナ			大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
患者TEL	()	—		

※診察希望の方は、診療情報提供書（紹介状）の記入をお願いします。

※大腸内視鏡検査、大腸CT、造影剤使用によるCT・MRI検査は、医療連携ではなく外来診療での対応となりますので、ご紹介くださいますようお願いいたします。

CT検査（単純のみ） ※腹部検査を希望される方は検査3時間前から絶食をお願いします。

検査部位	頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ その他 ()
------	---

MRI検査（単純のみ） ※検査部位が2か所の場合は、2回に分けて予約してください。

検査部位	頭部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ MRCP ・ その他 ()
確認事項	※下記の項目に「有」がある方は検査が受けられない場合がありますので、事前にお知らせください。 心臓ペースメーカー（無・有） ・ 体内金属（無・有） ・ 閉所恐怖症（無・有） ・ タトゥー（無・有） 歯科用インプラント ・ 歯科矯正ブリッジ（無・有） 妊娠 ・ 妊娠の可能性（無・有）

骨塩定量検査 ※体内金属の有無よって撮影部位を変更する場合があります。

検査部位	腰椎+大腿骨頸部（原則） ・ 腰椎 ・ 大腿骨頸部
------	---------------------------

超音波検査 ※腹部検査を希望される方は検査6時間前から絶食をお願いします。

検査部位	腹部 ・ 心臓 ・ 頸動脈
------	---------------

上部内視鏡検査 **胃部X線検査** **マンモグラフィ検査**

連絡事項	検査目的・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。） ※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ご指示をお願いします。
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()

・検査データは、検査当日に患者様へお渡しします。

・診断結果は後日（原則7日以内）紹介元の医療機関宛てにFAXにてご報告します。