

診療情報提供書

(複十字病院用)

公益財団法人結核予防会 複十字病院
〒204-8522 東京都清瀬市松山3-1-24

平成 年 月 日

〔診療科目〕 (該当する診療科に○で囲んで下さい)

内科・呼吸器科・消化器科・乳腺科・整形外科
循環器科・糖尿病科・耳鼻咽喉科・神経内科
泌尿器科・皮膚科・放射線治療

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

〔検査項目〕

MRI、CT、COPD、消化管内視鏡検査 (上部・下部)

核医学検査、PET/CT、超音波検査、その他 (→) 骨密度測定

希望医師名

受診希望日

年

月

日

複十字病院受診歴 【有・無・不明】

フリガナ	男 女	生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所		
TEL	()	
紹介目的		
主訴及び傷病名		
既往歴及び家族歴		
薬剤アレルギー (有・無)		
病状経過・検査結果・治療経過		
腰椎固定術、大腿骨置換術 (右、左) の有無		
現在の処方		
備考		
資料持参 (有・無)	X線フィルム・内視鏡フィルム・CD-R (単・CT) ・検査の記録・その他	

< 結核予防会 複十字病院 骨密度検査予約表 >

様

検査予約日 月 日 () 時 分

(骨密度検査を受けられる患者様へ)

- ・ 本検査において食事制限はありません
- ・ 水分の制限もありません

※内服薬はふだん通りに内服してください。

[受付の方法]

- ・ ※必ず、検査の30分前までに医療連携室にお越してください。
- ・ ※この「予約表」と「診療情報提供書」、「保険証」、「診察券（ある方）」などをご提出ください。

* 検査予約の取り消しや検査時間に遅れる場合は、早めに下記へご連絡下さい。

複十字病院 相談支援センター 医療連携室 電話：042 - 491 - 9128（直通）