

聖路加国際病院 医療連携相談室
 医療連携係 担当: 宛
 TEL: 03(5550)7105
 FAX: 03(3543)7307

ご依頼元医療機関名
 ご担当者名
 ご連絡先 TEL
 FAX

診 療 申 込 書
 (兼予約確認書)

送信日

フリガナ	
氏 名 NAME	
生年月日 BIRTH DATE	
住 所 ADDRESS (In JAPAN)	〒
検査日時	
検査項目	
診察区分	1. 初診 2. 再診(聖路加ID:) (保健 自費 会社払)

注)内視鏡検査依頼の場合には、下記のご記入をお願いいたします。

FAX を介するため、はっきり分かりやすくご記入くださいますようお願いいたします。

院内処方/院外処方

(聖路加記入用)

<p>【①検査目的】 ※「その他」は備考欄にご記入ください。 (スクリーニング / 経過観察 / その他)</p>	<p>【②主訴】</p>
<p>【③指示票】 下記を依頼された医師の指示とさせていただきます。</p> <p>◆既往歴 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/>心疾患 (疾患名:) <input type="checkbox"/>前立腺肥大症 <input type="checkbox"/>糖尿病 (□内服薬有 □インスリン使用有) <input type="checkbox"/>腎機能障害 (透析: □有 □無)</p> <p>◆以下の服用中の薬 <input type="checkbox"/>ベンゾジアゼピン系 (薬剤名:) <input type="checkbox"/>麻薬 (薬剤名:)</p> <p>◆抗凝固・抗血小板薬 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (薬剤名:) 中止指示 (月 日より中止指示)</p> <p>◆生検の可否: □可 □不可</p> <p>◆アレルギー: □なし □あり (詳細:)</p> <p>◆禁則: □なし □あり (理由:)</p>	<p>【④備考】</p>