東京共済病院 医療連携室　宛て（FAX：03-3712-1199）　　年　　月　　日

医療機器利用申込書（診療情報提供書）

希望日　□ 当日　□ 数日以内

第１希望　　年　　月　　日

第２希望　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

TEL
FAX
医　師　名　　印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）			男・女
患者氏名						
住　所			TEL		職業	
病　名						
依頼内容	放射線	□ CT 撮影　□ MRI 撮影 部位：□頭部　□胸部　□腹部　□その他（　） □ 骨密度検査（□前腕骨　□椎体骨　□全身）				
	検査項目	□ 上部内視鏡（胃カメラ）　□ 大腸内視鏡　□ 胃瘻交換 □ 腹部エコー　□ 心エコー □ ピロリ呼気検査　□ 血圧脈波検査（ＡＢＩ－ＰＷＶ） □ 呼吸機能検査（スクリーニング） □ 脳波検査（□覚醒　□睡眠）				
	相談	□ 栄養相談　【 身長：＿＿＿ｃｍ　体重：＿＿＿ｋｇ 】 【 エネルギー量 ＿＿＿＿キロカロリー 】 相談内容報告　□ 必要あり　□ 必要なし				
	感染症	□ ＨＢＳ（＋・－・未検査）　□ ＨＣＶ（＋・－・未検査） □ ＴＰＨＡ（＋・―・未検査）　□ その他（　）				
主訴 症状経過 検査目的						
内服薬	□ 別紙参照					

※受付手続き後に「診察予約票」を折り返し FAX にてお送りいたします。

予約確定の通知先　□ 医院のみ　□ 医院と患者自宅（電話連絡のみ）