

診察・検査予約申込書（FAX送信用）

希望日	第一	月	日	時	第二	月	日	時		年	月	日
	紹介元医療機関名 所在地 TEL _____ FAX _____ 医師氏名 _____ 印 _____											
診察	科		医師									

※ご希望の検査項目に☑をお願いいたします。	
内視鏡	<input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 ※結果は【 <input type="checkbox"/> 紹介元 ・ <input type="checkbox"/> 調布東山病院 】で説明 <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 ※検査の結果、治療の必要が生じた場合 <input type="checkbox"/> そのまま調布東山病院で進める <input type="checkbox"/> 紹介元にお戻りする
放射線	<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。 CT部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
放射線	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。 MRI部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 椎体 (<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 軟部 () <input type="checkbox"/> 関節 { (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 } <input type="checkbox"/> その他 ()
生理	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 頸部エコー ※部位も選択願います。(<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> リンパ節) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> PWV/ABI <input type="checkbox"/> その他エコー ()

栄養相談	病名 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () 指示内容 <input type="checkbox"/> 指示量はガイドラインに準じる <input type="checkbox"/> エネルギー kcal <input type="checkbox"/> タンパク質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他制限 <input type="checkbox"/> 食事バランス <input type="checkbox"/> 外食時の注意 <input type="checkbox"/> プリン体 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

フリガナ												
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 女性 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳											
住所	〒 _____ - _____ - _____										TEL _____	

紹介目的及び主訴又は症状

※必ず記入をお願いいたします。

FAX送信先 042-481-5056 地域連携室直通

申込 及び 受診に関するお願い

- ◆申込書は3枚で1組となっております。
- ◆1枚目(FAX送信状)を地域連携室へFAXをお願いします。折り返し、予約表をFAXいたします。
 ※地域連携室の受付時間外のお申込み分は、翌診療日に処理させていただきますので、ご了承ください。
- ◆2枚目（調布東山病院提出用）は患者様にお渡し願います。
- ◆3枚目は貴院控えとなります。

診療受付時間 午前8時30分～11時30分・午後1時30分～4時30分[一般内科(予約なし)]は午後3時00分

休診日 日曜・祝日・年末年始（12/30～1/3）
 ※ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

医療法人社団 東山会 調布東山病院
 地域連携室 直通TEL 042-481-5044
 （受付時間：午前9時00分～午後4時30分）

診療情報提供書（調布東山病院提出用）

希望日	第一	月	日	時	第二	月	日	時	年	月	日
	緊急性(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)										
診察						紹介元医療機関名					
						所在地					
					TEL					FAX	
					医師氏名					印	

※ご希望の検査項目に☑をお願いいたします。		
検査	内視鏡	<input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 ※結果は【 <input type="checkbox"/> 紹介元 ・ <input type="checkbox"/> 調布東山病院 】で説明 <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <small>※検査の結果、治療の必要が生じた場合</small> <input type="checkbox"/> そのまま調布東山病院で進める <input type="checkbox"/> 紹介元にお戻りする
	放射線	<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。
	CT部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	放射線	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。
	MRI部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 椎体 (<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 軟部 () <input type="checkbox"/> 関節 { (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 } <input type="checkbox"/> その他 ()
生理	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 頸部エコー ※部位も選択願います。(<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> リンパ節) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> PWV/ABI <input type="checkbox"/> その他エコー ()	

栄養相談	病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()
	指示内容	<input type="checkbox"/> 指示量はガイドラインに準じる <input type="checkbox"/> エネルギー kcal <input type="checkbox"/> タンパク質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他制限 <input type="checkbox"/> 食事バランス <input type="checkbox"/> 外食時の注意 <input type="checkbox"/> プリン体 <input type="checkbox"/> その他 ()

フリガナ								
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
			<input type="checkbox"/> 女性	年	月	日生	歳	
住所	〒 -					TEL		

紹介目的及び主訴又は症状	既往歴・家族歴
--------------	---------

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:)				
	抗凝固薬・抗血小板薬等投与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:)				
	感染症	HBS抗原 ()	HCV抗体 ()	W氏 ()		
		MRSA ()	その他 ()			

持参資料 なし あり () 返却 要 不要

診療情報提供書（貴院控え）

希望日	第一	月	日	時	第二	月	日	時	年	月	日
	緊急性(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)										
診察									紹介元医療機関名		
									所在地		
								TEL		FAX	
								医師氏名		印	

※ご希望の検査項目に☐をお願いいたします。		
検査	内視鏡	<input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 ※結果は【 <input type="checkbox"/> 紹介元 ・ <input type="checkbox"/> 調布東山病院 】で説明 <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止) ※検査の結果、治療の必要が生じた場合 <input type="checkbox"/> そのまま調布東山病院で進める <input type="checkbox"/> 紹介元にお戻りする
	放射線	<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。 CT部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	放射線	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影適宜) ※部位も選択願います。 MRI部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 椎体 (<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 軟部 () <input type="checkbox"/> 関節 { (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 } <input type="checkbox"/> その他 ()
	生理	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 頸部エコー ※部位も選択願います。(<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> リンパ節) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> PWV/ABI <input type="checkbox"/> その他エコー ()

栄養相談	病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()
	指示内容	<input type="checkbox"/> 指示量はガイドラインに準じる <input type="checkbox"/> エネルギー kcal <input type="checkbox"/> タンパク質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他制限 <input type="checkbox"/> 食事バランス <input type="checkbox"/> 外食時の注意 <input type="checkbox"/> プリン体 <input type="checkbox"/> その他 ()

フリガナ								
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
			<input type="checkbox"/> 女性	年	月	日生	歳	
住所	〒 -					TEL		

紹介目的及び主訴又は症状	既往歴・家族歴
--------------	---------

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:)			
	抗凝固薬・抗血小板薬等投与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:)			
	感染症	HBS抗原 ()	HCV抗体 ()	W氏 ()	
		MRSA ()	その他 ()		

持参資料 なし あり () 返却 要 不要