

FAX 連絡用紙 II

宛先

FAX 025-267-2323

日本歯科大学 医科病院
外来予約係

発信元 _____

電話 _____

F A X _____

要件

検査予約申し込み

(必要項目を○で囲って下さい)

送信紙数 本頁を含め _____ 枚

患者様氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男性・女性)
別紙による診療情報提供 1. 有り 2. なし
保険証コピー 1. 有り 2. なし
臨床診断または主症状 _____

希望事項 該当数字を○で囲い () 内に記入して下さい

1) 希望検査項目

(1. _____)

(2. _____)

担当診療科 1. 内科 2. 外科 3. 耳鼻咽喉科

診断 1. 必要 2. 不要

画像 1. 必要 2. 不要

CT・MRI造影の有無 1. 必要 2. 不要

2) 特記事項

ヨードアレルギー 1. なし 2. 有り 3. 不明

他の薬剤アレルギー 1. なし 2. 有り (該当薬剤 _____)

アレルギー性疾患 1. なし 2. 有り (_____)

感染症 (内視鏡検査の場合)

HBs-Ag 1. (-) 2. (+) 3. 未検

HCV 1. (-) 2. (+) 3. 未検

HIV 1. (-) 2. (+) 3. 未検

梅毒反応 (TPHA,他 _____)

1. (-) 2. (+) 3. 未検

その他 _____