

送付先	市立砺波総合病院 患者総合支援センター		住 所	〒939-1395 砺波市新富町1番61号		
			TEL	0763-32-8361	FAX	0763-33-1591
発信人	施設名		住 所			
	医師名		TEL		FAX	

診療・医療機器共同利用・開放型病床入院

年 月 日

ふりがな			生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		
患者氏名			性・ 齢	□男 □女 (才)		
			TEL			
住 所						
診 療	□即日診療					
	□診療予約 希望日： 月 日 () 時 診療科： 科 希望医師：					
機器利用	希望日： 月 日 ()					
	□単純撮影 部 位：					
	□C T 部 位： 造 影： □要 □不要 □一任 ピグアイド系糖尿病薬服用（検査前後5日間服用中止）：□あり □なし				血清 Cr	検査値
	□MR I 部 位： 造 影： □要 □不要 □一任 埋込型心臓ペース装着： □あり □なし					検査日
	□骨密度測定					
開放病床	□即日 □予約 希望科：		患者状況： □車いす □ストレッチャー □当該なし		酸素投与： □あり	
傷病名						
症状・治療経過及び検査結果						
現在の処方（継続希望薬に○）			既往症・家族歴			添付資料 □なし □あり ()