依頼日：　　　　年　　月　　日

スパイロメトリー申込FAX・患者紹介状

FAX：052-951-1207

名古屋医療センター ※受付時間　8時30分～17時00分

地域医療連携室　行 予約取得に15分～30分程かかります。

■記入必須　太枠内を記入してください。□にレ点をお願いいたします。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 年齢 | 生年月日 | | | 男  ・  女 |
| 患者氏名 | 様 | | 歳 | 年 | 月 | 日 |
| 受診希望日 | 年　　月　　日（　　） | 希望時間 | |  | | | |
| 紹介目的 | * 肺疾患の診断又は検診のため、肺機能を測定 | | | | | | |
| 現在該当する疾患 | * 下記疾患には、いずれも該当しません。   急性疾患　高血圧症　心臓疾患　高熱疾患　法定伝染病患者  呼吸困難を来す可能性のある疾患　胸痛を呈することのある患者 | | | | | | |
| 患者さんの症状 | * 咳がある　□　息切れし易い　□　痰がある　□　喫煙歴あり | | | | | | |

■可能な場合記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所・TEL | 〒  （　　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当院受診歴 | 有・無 | | | ( 　　 )科 | | | | | 当院ID |  | | | | | | | |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | | | | | | | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | 後期高齢者 | 1割・3割・福祉 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 高齢受給者 | 2割・3割 | | | | | | | |

**※受診時、紹介状の原本をご持参下さい。**

|  |
| --- |
| 紹介医 |
| 所在地 |
| 医院・病院・クリニック |
| TEL（　　　　）　　　　－ |
| FAX（　　　　）　　　　－ |

結果については、検査翌日までにファックスで送信いたします。

判読レポートは後日郵送致します。