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。