

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 咳がある <input type="checkbox"/> 息切れし易い <input type="checkbox"/> 痰がある <input type="checkbox"/> 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。

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。

紹介医

所在地

医院・病院・クリニック

TEL ( ) -

FAX ( ) -