

PTA 予約申込依頼書 (FAX 用)

《救急の場合は、救急外来に直接ご連絡ください。TEL:0735-31-3333(代表)》

申込日 年 月 日

新宮市立医療センター
地域医療連携室 宛
(FAX:0735-31-3385)

紹介元	医療機関名
	住所
	TEL・FAX
	診療科
医師名	

■患者情報

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(男・女)	年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
貴院	通院中・入院中	当院受診歴	(無・有) 科

■依頼内容

受診日	※申込み当日の予約はおとりできません。 <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日() <input type="checkbox"/> 希望日()
傷病名	
紹介目的	
※精査させていただく場合、ヨード造影剤の禁忌・注意併用薬(特にビグアナイド系糖尿病薬)内服の有無確認のため、当日ご持参いただく「診療情報提供書」に、「処方内容」のご記入をお願いします。	

■PTA 申込時のチェック項目(該当する方にチェックしてください。)

■PTA を希望する上肢の左右 <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右	
■透析日 [月・火・水・木・金・土] [午前・午後]	
■PTA 予約時に造影剤アレルギー問診の入力が必要なため、下記記入をお願いします。	
① 内服注射での気分不良や蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	⑤ 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
② 気管支喘息、アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	⑥ 造影剤検査歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
③ ビグアナイド系経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・有の場合 1)気分不良 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
・有の場合処方内容()	2)蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
④ 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	3)その他体調不良 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

新宮市立医療センター 地域医療連携室
TEL(直通):0735-31-3345 / FAX(専用):0735-31-3385