

# 診療情報提供書(検査用)

平成 年 月 日

紹介先

医療法人 育和会 育和会記念病院

TEL : 06-6758-8000(代表)

TEL : 06-6758-8115(地域医療連絡室)

FAX : 06-6758-8007

担当科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関名
住所
電話番号 ( ) -
医師名 (印)

ふりがな	男	生年	明	大	昭	平
患者氏名	女	月日	年	月	日	( 歳)
患者住所			電話番号 ( )	-		

1. 傷病名

2. 主訴・病歴等(※1)

3. 紹介目的

1. CT 単純・造影(頭部・頸部・胸部・心臓・上腹部・全腹部・骨盤部・大動脈・その他[ ]) ( )  
 ※糖尿薬服用 無・有(薬品名 )

2. MRI 単純・造影(頭部MRI・頭部MRI+MRA・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・MRCP・骨盤部  
 股関節(右・左)・肩(右・左)・膝(右・左)・大動脈・その他[ ]) ( )

必要に応じてMRAも希望

1. 2で造影検査の場合⇒ アレルギー歴(無・有) 気管支喘息(無・有)  
 腎機能(BUN[ ]CRE[ ]) 月 日

3. 胃透視 (ブスコパン 可 ・ 不可 )

4. 注腸透視 (ブスコパン 可 ・ 不可 )

5. 内視鏡  経鼻胃内視鏡 (ブスコパン 可 ・ 不可)  
 経口胃内視鏡 (ブスコパン 可 ・ 不可) (鎮静剤使用: 希望あり ・ 希望なし)  
 大腸内視鏡 (ブスコパン 可 ・ 不可) (鎮静剤使用: 希望あり ・ 希望なし)

出血傾向をきたす薬剤投与 無・有(薬品名 )  
 ※ 有の場合(中止可能 ・ 中止不可能 )  
 →中止可能な場合( 月 日まで服用) 再開希望日( 月 日 )

感染症 HCV抗体(-・+) 月 日 RPR・ガラス板(-・+) 月 日  
 HBs抗原(-・+) 月 日 TPHA法 (-・+) 月 日

6. エコー 部位(心臓・腹部・乳腺・甲状腺・血管(頸部・下肢動脈・下肢静脈)・その他[ ]) ( )

7. その他の検査 ( ) ( )

保険証 (※2)	保険(本人・家族) ( 割 )			公費 ( 割 )		
	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除
						有・無

(※1) 特に検査上注目すべき事象・事柄も併せてご記入ください。これにより追加検査を考慮させていただきます。

(※2) 事前にカルテを作成するため、お電話で予約いただいた場合もお手数ですがこの用紙に必要事項をご記入の上、Faxをお願い致します。  
 1枚目の用紙は患者様にお渡しください。当日、予約通知書、保険証とともに提出くださる様ご説明  
 お願いいたします。