

診療情報提供書

(紹介元医療機関名)

社会医療法人愛仁会 _____ 科

井上病院

_____ 医師

_____ 医師

フリガナ			男・女																					
氏名	明・大・昭・平		年 月 日 () 歳																					
傷病名																								
※ 透析療法中の方は施行日： <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 <input type="checkbox"/> その他 ()																								
□ 診 察	診察希望日： なし・あり ⇒ 1. 令和 年 月 日 2. 令和 年 月 日																							
	紹介目的・病状経過等 ※ ご記入いただくか、紹介状の添付をお願いします。																							
□ 検 査	検査希望日： なし・あり ⇒ 1. 令和 年 月 日 2. 令和 年 月 日																							
	検査目的 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 定期フォロー ※スクリーニング・精査の場合は 臨床経過 を記入下さい。																							
	<table border="0"> <tr> <td>CT (単純・造影)</td> <td>MRI (単純・造影)</td> <td>超音波検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭部系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 頭部系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸部系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> シャント</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ~骨盤腔)</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤系 ()</td> <td>(左・右 自己・人工 上腕・前腕)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 脊椎系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 四肢系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢系 ()</td> <td><input type="checkbox"/> その他 (部位：)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>			CT (単純・造影)	MRI (単純・造影)	超音波検査	<input type="checkbox"/> 頭部系 ()	<input type="checkbox"/> 頭部系 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 胸部系 ()	<input type="checkbox"/> 腹部系 ()	<input type="checkbox"/> シャント	<input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ~骨盤腔)	<input type="checkbox"/> 骨盤系 ()	(左・右 自己・人工 上腕・前腕)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎系 ()	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> その他 (部位：)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	CT (単純・造影)	MRI (単純・造影)	超音波検査																					
	<input type="checkbox"/> 頭部系 ()	<input type="checkbox"/> 頭部系 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓																					
<input type="checkbox"/> 胸部系 ()	<input type="checkbox"/> 腹部系 ()	<input type="checkbox"/> シャント																						
<input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ~骨盤腔)	<input type="checkbox"/> 骨盤系 ()	(左・右 自己・人工 上腕・前腕)																						
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎系 ()	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈																						
<input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> その他 (部位：)																						
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()																							
造影剤検査の場合 ※ 血清クレアチニン値 (直近1カ月) と ビグアナイド系糖尿病薬服用についてご記入ください。 ●Cre 値： _____ (検査日： _____) ●糖尿病薬服用： なし・あり (薬剤名： _____) ※ 造影剤アレルギーがある方、喘息治療中の方の検査は出来ません。																								
<table border="0"> <tr> <td>DXA</td> <td>バリウム検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腰椎・股関節 <input type="checkbox"/> 市民健診精密検査</td> <td><input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸</td> </tr> </table>			DXA	バリウム検査	<input type="checkbox"/> 腰椎・股関節 <input type="checkbox"/> 市民健診精密検査	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸																		
DXA	バリウム検査																							
<input type="checkbox"/> 腰椎・股関節 <input type="checkbox"/> 市民健診精密検査	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸																							
内視鏡検査 内視鏡検査・手術の場合 <input type="checkbox"/> 上部消化管 ●抗血栓薬服用： なし・あり (薬剤名： _____) ●休薬について： 可・不可 <input type="checkbox"/> 全大腸 ※ 抗血栓薬の 休薬が不可 の場合は生検が出来ません。予めご了承下さい。 <input type="checkbox"/> S状結腸 ※ 上部消化管の場合は、現在服用されている 薬の情報 を添付下さい。																								
検査結果について ※必ずチェック願います																								
結果報告書は？ ⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 不要 CT・MRI画像 (CD-R) は？ ⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> 当日本人へ <input type="checkbox"/> 不要																								