

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。		
	CT (単純・造影)	MRI (単純・造影)	超音波検査
	<input type="checkbox"/> 頭部系 () <input type="checkbox"/> 胸部系 () <input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ～骨盤腔) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 四肢系 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部系 () <input type="checkbox"/> 腹部系 () <input type="checkbox"/> 骨盤系 () <input type="checkbox"/> 脊椎系 () <input type="checkbox"/> 四肢系 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> シャント (左・右 自己・人工 上腕・前腕) <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> その他 (部位：)
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。			
DXA	バリウム検査		
<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨 <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 <input type="checkbox"/> 全大腸 <input type="checkbox"/> S状結腸	●抗血栓薬服用： なし・あり (薬剤名： _____) ●休薬について： 可・不可 ※ 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。 ※ 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	結果報告書は？ ⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 不要		
※必ずチェック願います	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		