

診察・検査依頼票（診療情報提供書）

八千代病院 御中

平成 年 月 日

【施設名】

診察依頼 科 先生

検査依頼

【医師名】

希望診察・検査日

TEL() -

①平成 年 月 日(曜日)

FAX() -

②平成 年 月 日(曜日)

フリガナ		性別		生年月日																																																																		
受診者名		男・女		M・T・S・H 年 月 日 (歳)																																																																		
住所		TEL() -																																																																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">保険</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">公費負担</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">自費</td> <td style="text-align: center;">自賠</td> <td style="text-align: center;">労災</td> <td style="text-align: center;">生保</td> <td style="text-align: center;">健保</td> <td style="text-align: center;">他家</td> <td style="text-align: center;">国本</td> <td style="text-align: center;">国家</td> <td style="text-align: center;">退本</td> <td style="text-align: center;">退家</td> <td style="text-align: center;">後高</td> <td style="text-align: center;">結核</td> <td style="text-align: center;">身障</td> <td style="text-align: center;">児童</td> <td style="text-align: center;">原爆</td> <td style="text-align: center;">精神</td> <td style="text-align: center;">母子</td> <td style="text-align: center;">乳児</td> <td style="text-align: center;">その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">保険者番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">公費負担者番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">負担割合</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">記号</td> <td colspan="2">番号</td> <td colspan="2">受給者番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">負担割合</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">資格取得</td> <td colspan="2">有効期限</td> <td colspan="2">被保険者名</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						保険			公費負担			自費	自賠	労災	生保	健保	他家	国本	国家	退本	退家	後高	結核	身障	児童	原爆	精神	母子	乳児	その他 ()	保険者番号						公費負担者番号						負担割合						記号		番号		受給者番号				負担割合				資格取得		有効期限		被保険者名					
保険			公費負担																																																																			
自費	自賠	労災	生保	健保	他家	国本	国家	退本	退家	後高	結核	身障	児童	原爆	精神	母子	乳児	その他 ()																																																				
保険者番号						公費負担者番号						負担割合																																																										
記号		番号		受給者番号				負担割合																																																														
資格取得		有効期限		被保険者名																																																																		

臨床情報（診断名・既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項）

<患者に対する留意事項>

- ・薬物アレルギー 有 無 ・鎮痙剤 可 不可 ・ペースメーカー 有 無
- ・脳動脈クリップ 有 無 ・その他()

※造影 CT・MRI はクレアチニン値と採血日を記載してください (mg/dl) 年 月 日

依頼項目をチェックして下さい

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MRI/MRA(部位)
<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> CT (部位)
<input type="checkbox"/> 胃透視検査
<input type="checkbox"/> 注腸透視検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
<input type="checkbox"/> 胸部X-P
<input type="checkbox"/> 超音波内視鏡
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査
<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | <input type="checkbox"/> 脳波
<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> トレッドミル
<input type="checkbox"/> 肺機能
<input type="checkbox"/> 骨塩定量
<input type="checkbox"/> レノグラム
<input type="checkbox"/> 糖尿病フットケア
<input type="checkbox"/> 栄養相談
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (下記チェック)
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 (下記チェック)
<input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用なし
<input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用あり
<input type="checkbox"/> (/)より中止
<input type="checkbox"/> 生検は不要
<input type="checkbox"/> ワーファリン使用なし
<input type="checkbox"/> ワーファリン使用あり
<input type="checkbox"/> 生検は不要
<input type="checkbox"/> 緑内障あり <input type="checkbox"/> 緑内障なし |
|---|---|--|

患者支援センター 地域連携課 TEL : 0120-855-814 / FAX : 0120-811-814