診察・検査依頼票（診療情報提供書）

八千代病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

【施設名】

【医師名】

TEL( ) －

FAX( ) －

診察依頼 　　　　　　 科 　先生

検査依頼

希望日

1. 年　　　月　　　日　( )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | M・T・S・H・R　　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL( ) － | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 公費負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自費 | 自賠 | 労災 | | | 生保 | 健本 | 健家 | | 国本 | | | 国家 | | | | 退本 | | 退家 | | | 後高 | | 結核 | 身障 | | 丸福 | | 児童 | | | | 原爆 | | | 精神 | | | 母子 | | | | 乳児 | ( ) |
| 保険者番号 | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | 公費負担者番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | 負担割合  （　　割） | | |
| 記号 | | |  | | | | | 番号 | | | | | |  | | | | | | | | | 受給者番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 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　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 依頼項目をチェックして下さい  □胃透視  □注腸透視  □マンモグラフィー  □胸部Ｘ-Ｐ  □超音波内視鏡  □腹部超音波  □心臓超音波  □心電図  □ホルター心電図  □脳波  □肺機能  □骨塩定量  □糖尿病フットケア  □栄養相談  □胃内視鏡  ・抗血小板剤使用　○あり　○なし  ・抗凝固剤使用　 　○あり　○なし  　　　　　年　　月　　日より中止  ・生検　○要　○不要  ・緑内障　○あり　○なし  □大腸内視鏡  ・抗血小板剤使用　○あり　○なし  ・抗凝固剤使用　 　○あり　○なし  　　　　　年　　月　　日より中止  ・生検　○要　○不要  ・緑内障　○あり　○なし  □その他  ( )    □ＣＴ　（部位 　　　 ）  ・造影撮影時は要クレアチニン値**（3ヶ月以内）**  　　　　　年　　　月　　　日／　　　　　mg/ｄｌ  □ＭＲＩ／ＭＲＡ　（部位 　　　 ）  　・ペースメーカー　○あり　○なし  　 ・脳動脈クリップ　○あり　○なし  ・造影撮影時は要クレアチニン値**（3ヶ月以内）**  　　　　年　　　月　　　日／　　　　　mg/ｄｌ  □ＭＲＣＰ  ・ペースメーカー　○あり　○なし  ・脳動脈クリップ　○あり　○なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 年　　　月　　　日　( )

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

（改訂R3.2.3）