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）