

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

【施設名】

□ 診察依頼 科 先生

□ 検査依頼 TEL ( ) -

希望診察・検査日

FAX ( ) -

□ 年 月 日 ( 曜日)

【医師名】

□ 本日(緊急) ※診察のみ 救急車の使用(有・無)

◎予約変更(日時等)に際して、安城更生病院が直接患者さんと調整を行うことに □同意します □同意しません
※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

フリガナ, 受診者名, 性別, 生年月日, 住所, TEL, 保険別, 公費負担別, 自費, 交通, 労災, 生保, 退家, 退本, 国家, 国本, 健家, 健本, 高前, 高後, 1割, 2割, 3割, 1割, 3割, 身障, 母子, 子ども, その他, 保険者番号, 公費負担者番号, 記号, 番号, 公費負担受給者番号, 資格取得, 有効期限, 被保険者・世帯主名

【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)
※別紙添付可

患者に対する留意事項

- 薬物アレルギー (有・無)
○鎮痙剤使用にあたり
・前処置として
ブスコパン □可 □不可
グルカゴン □可 □不可
・心疾患 (有・無)
・前立腺疾患 (有・無)
・緑内障 (有・無)
○体内の金属・医療機器の有無 (有【 】・無)
○その他
○クレアチニン ( mg/dl)
年 月 日

依頼項目をチェックして下さい。 ※造影CT・MRIはクレアチニン値と採血日を記載。MRIは体内金属・医療機器の有無をチェックして下さい。

- MRI/MRA(部位) □脳波 □神経伝導検査(NCV) □胃内視鏡(下記チェック)
□CT(部位) □肺機能 □MMG+MME □抗血小板剤使用なし
□MRCP □ホルター心電図 □脳血流シンチ □抗血小板剤使用あり
□胃X線検査 □心臓超音波検査 □全身骨シンチ □生検は不要
□注腸X線検査 □甲状腺超音波検査 □骨塩定量 □抗凝固薬使用なし
□腹部超音波検査 □頸動脈超音波検査 □その他( ) □抗凝固薬使用あり
□生検は不要