

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) ネット予約済

【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		性別		生 年 月 日																
受診者名		男 ・ 女		T・S・H・R 年 月 日																
住 所		TEL () -																		
保 険 別																				
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	国本	健家	健本	高前	1割	2割	3割	高後	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。

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MRI/MRA(部位) | <input type="checkbox"/> 脳波 | <input type="checkbox"/> 神経伝導検査(NCV) | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (下記チェック) |
| <input type="checkbox"/> CT (部位) | <input type="checkbox"/> ホルター心電図 | <input type="checkbox"/> MMG+MME | <input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用なし |
| <input type="checkbox"/> MRCP | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ | <input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用あり |
| <input type="checkbox"/> 胃X線検査 | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査 | <input type="checkbox"/> 全身骨シンチ | <input type="checkbox"/> 生検は不要 |
| <input type="checkbox"/> 注腸X線検査 | <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 | <input type="checkbox"/> 骨塩定量 | <input type="checkbox"/> 抗凝固薬使用なし |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 | <input type="checkbox"/> 心肺運動負荷試験(CPX) | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 抗凝固薬使用あり |
| <input type="checkbox"/> 肺機能 | <input type="checkbox"/> 併せて栄養指導が必要 | | <input type="checkbox"/> 生検は不要 |

安城更生病院 地域連携室 TEL(0566)74-8384 FAX(0566)77-5480