

# 診察・検査依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

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

JA愛知厚生連 安城更生病院

<紹介元>

【安城更生病院 記入欄】		備考
患者番号		資格確認 <input type="checkbox"/>
予約内容		

施設名
所在地
TEL
FAX
担当医

診察依頼 科 先生  
 検査依頼

ネット予約 月 日 ( ) 時 分 (※ネット予約した日時を記入してください)

【受診希望日】  本日(緊急診察) → 救急車の使用 (  有  無 )

希望日あり ↓  明日以降の一番早い日  希望日なし

安城更生病院が、予約変更を患者さんと調整すること

同意します  同意しません

① 月 日 ( ) ② 月 日 ( ) ③ 月 日 ( )

その他( ) (○月○日以外の日を希望など)

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年 月 日 歳
住所	〒 -	自宅	-	-
		携帯電話	-	-
診察券番号	<input type="checkbox"/> 有(ID: ) <input type="checkbox"/> 無 (※安城更生病院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)			
保険別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保	保険者番号		
公費負担別	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他( )	記号	番号	
病名(主訴)	脳神経内科(物忘れ外来)へのご依頼 <input type="checkbox"/> 家族の同行有 貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 → 入院中の場合、入院患者連絡票を添付			

【臨床情報】 (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 薬物アレルギー (  有  無 ) ・CD-R (  有  無 )

検査依頼 (依頼項目をチェックして下さい)

<input type="checkbox"/> MRI/MRA(部位 )	<input type="checkbox"/> 胃X線検査	<input type="checkbox"/> 肺機能	<input type="checkbox"/> 心肺運動負荷試験(CPX)	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ
↳ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 注腸X線検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	↳ <input type="checkbox"/> 併せて栄養指導が必要	<input type="checkbox"/> 全身骨シンチ
<input type="checkbox"/> CT (部位 )	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査(NCV)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
↳ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査	↳ <input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 正中尺骨	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査	<input type="checkbox"/> MMG+MME	

検査の留意事項 ※MRI・MRCP(①)、造影MRI(①・②)、造影CT(②)、注腸X線(②・③)、胃内視鏡・胃X線(③)は必ずご記入ください

①MRI・MRCP検査 ・体内の金属  有【 】  無 ・ペースメーカー  有  無  
↳ 「有」の場合  安城更生病院で留置  他院で留置 → 「他院で留置」の場合  留置病院の撮影許可有

②造影MRI・CT、注腸X線検査 クレアチニン( mg/dℓ) 採血日 年 月 日 【注意】3カ月以内の検査結果をご記入ください

③胃内視鏡検査、胃X線検査、注腸X線検査

・鎮痙剤使用時、前処置として → ・ブスコパン  可  不可 ・グルカゴン  可  不可

【・抗血小板剤使用  有  無 ・抗凝固薬使用  有  無】 → 「有」の場合、休薬が必要な処方【 】

・心疾患  有  無 ・前立腺疾患  有  無 ・緑内障  有  無 ・生検  有  無

# 診察・検査依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

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

JA愛知厚生連 安城更生病院

氏名		診察券 番号	
病名		備考	

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