

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

令和〇〇年 〇月 〇日

記載例

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

【施設名】

安城更生クリニック

診察依頼 消化器内科 担当医 先生

検査依頼

希望診察・検査日

〇〇年 〇月 〇日( 〇曜日)

本日(緊急) ※診察のみ 救急車の使用(有・無)

緊急性があり、本日診察希望の際には救急車の使用(有・無)にチェックして下さい。

TEL(ΔΔΔΔ) 〇〇-××××
FAX(ΔΔΔΔ) 〇〇-××××

【医師名】 更生 太郎

◎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

Table with patient information: フリガナ (アンジョウ ハナコ), 受診者名 (安城 花子), 住所 (安城市安城町東広畔28番地), 性別 (女), 生年月日 (T.S.H.R 〇〇年 〇月 〇日), 保険別 (国), 公費負担別 (身障, 母子, 子ども, その他), 保険者番号 (〇〇〇〇〇〇), 公費負担者番号, 記号 (〇〇〇〇〇〇), 番号 (〇〇〇〇〇〇), 公費負担受給者番号, 資格取得 (〇〇.〇.〇), 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

後日詳細な臨床情報を記載される場合でも、予約の際には必ず病名(主訴)をご記載ください。

検査のみ依頼される場合は、希望の検査項目にチェックしてください。

○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