

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

TEL(ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××
FAX(ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××

希望診察・検査日

〇〇年 〇月 〇日(〇曜日)
ネット予約済
本日(緊急) ※診察のみ 救急車の使用(有・無)

メディグルで予約いただいた際には、こちらの口にチェックいただくとありがたい

予約変更(日時等)に際して、安城更生病院(〒487-0292)へご連絡を行うことに
同意します 同意しません
※変更 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。

Form with fields for patient name (安城 花子), address (安城市安城町東広畔28番地), insurance type (国保), and various identification numbers.

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

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。

- 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

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。

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) □ホルター心電図 □MMG+MME □抗血小板剤使用なし
MRCP □心臓超音波検査 □脳血流シンチ □抗血小板剤使用あり
胃X線検査 □甲状腺超音波検査 □全身骨シンチ □生検は不要
注腸X線検査 □頸動脈超音波検査 □骨塩定量 □抗凝固薬使用なし
腹部超音波検査 □心肺運動負荷試験(CPX) □その他() □抗凝固薬使用あり
肺機能 □併せて栄養指導が必要 □生検は不要