

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

記載例

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 | 安城更生クリニック     |
| 所在地 | 愛知県安城市〇〇町△△番地 |
| TEL | (△△△△)〇〇-×××× |
| FAX | (△△△△)〇〇-×××× |
| 担当医 | 安城 花子         |

診察依頼 **消化器内 科 担当医** 先生  
 検査依頼

ネット予約をされた方はこちらに日時を記入してください。

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 〇月 〇日 (〇) ② △月 △日 (△) ③ ×月 ×日 (×)

その他( ) (〇月〇日以外の日を希望など)

|        |  |   |                   |  |                |
|--------|--|---|-------------------|--|----------------|
| フリガナ   | アンジョウ タロウ  | <input checked="" type="checkbox"/> 男   | 生年月日              | <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |                |
| 受診者名   | 安城 太郎  | <input type="checkbox"/> 女  | 〇〇 年 △ 月 × 日 〇〇 歳 |  |                |
| 住所     | 〒 446 - 8602<br>安城市安城町東広畔28番地  | 自宅  | 〇〇 - ×× - △△△△    | 携帯電話   | 〇〇 - ×× - △△△△ |
| 診察券番号  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ID: 1111111 ) <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 checked="" 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   | 1 2 3 4 5 6 7 8   |  |                |
| 公費負担別  | <input type="checkbox"/> 身障 <input checked="" type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他( )                        | 記号  | 1111              | 番号   | 2222           |
| 病名(主訴) | 〇〇〇〇   | 脳神経内科(物忘れ外来)へのご依頼 <input type="checkbox"/> 家族の同行有<br>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 )

検査のみ依頼される場合は、希望の検査項目と留意事項を記載してください。

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<br>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)