

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

八千代病院 御中

年 月 日

【施設名】

診察依頼 科 先生

検査依頼

希望日

【医師名】

① 年 月 日 ()

TEL() -

② 年 月 日 ()

FAX() -

フリガナ		性別		生年月日																																																															
受診者名		男・女		M・T・S・H・R 年 月 日(歳)																																																															
住所		TEL() -																																																																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">保険</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">公費負担</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">自費</td> <td style="font-size: small;">自賠</td> <td style="font-size: small;">労災</td> <td style="font-size: small;">生保</td> <td style="font-size: small;">健保</td> <td style="font-size: small;">健家</td> <td style="font-size: small;">国本</td> <td style="font-size: small;">国家</td> <td style="font-size: small;">退本</td> <td style="font-size: small;">退家</td> <td style="font-size: small;">後高</td> <td style="font-size: small;">結核</td> <td style="font-size: small;">身障</td> <td style="font-size: small;">丸福</td> <td style="font-size: small;">児童</td> <td style="font-size: small;">原爆</td> <td style="font-size: small;">精神</td> <td style="font-size: small;">母子</td> <td style="font-size: small;">乳児</td> <td style="font-size: small;">()</td> </tr> <tr> <td colspan="6">保険者番号</td> <td colspan="6">公費負担者番号</td> <td colspan="4">負担割合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">記号</td> <td colspan="2">番号</td> <td colspan="2">受給者番号</td> <td colspan="4">(割)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">資格取得</td> <td colspan="2">有効期限</td> <td colspan="2">被保険者名</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						保険			公費負担			自費	自賠	労災	生保	健保	健家	国本	国家	退本	退家	後高	結核	身障	丸福	児童	原爆	精神	母子	乳児	()	保険者番号						公費負担者番号						負担割合				記号		番号		受給者番号		(割)				資格取得		有効期限		被保険者名					
保険			公費負担																																																																
自費	自賠	労災	生保	健保	健家	国本	国家	退本	退家	後高	結核	身障	丸福	児童	原爆	精神	母子	乳児	()																																																
保険者番号						公費負担者番号						負担割合																																																							
記号		番号		受給者番号		(割)																																																													
資格取得		有効期限		被保険者名																																																															

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)

<患者に対する留意事項>

・薬物アレルギー 有 無 ・その他()

依頼項目をチェックして下さい

<input type="checkbox"/> CT (部位) ・造影撮影時は要クレアチニン値(3ヶ月以内) ____年__月__日/____mg/dl <input type="checkbox"/> MRI/MRA (部位) ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・造影撮影時は要クレアチニン値(3ヶ月以内) ____年__月__日/____mg/dl <input type="checkbox"/> MRCP ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸透視 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 超音波内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 糖尿病フットケア <input type="checkbox"/> 栄養相談	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 ・抗血小板剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・抗凝固剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ____年__月__日より中止 ・生検 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・緑内障 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 ・抗血小板剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・抗凝固剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ____年__月__日より中止 ・生検 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・緑内障 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
--	--	--

患者支援センター 地域連携課 TEL:0120-855-814/FAX:0120-811-814