

診察・検査依頼票(診療情報提供書)

八千代病院 御中

平成 年 月 日

【施設名】

☐ 診察依頼 科 先生

☐ 検査依頼

希望日

【医師名】

① 平成 年 月 日 ()

TEL() —

② 平成 年 月 日 ()

FAX() —

フリガナ		性別		生年月日															
受診者名		男・女		M・T・S・H 年 月 日(歳)															
住所		TEL()		—															
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

☐CT (部位)

※造影撮影時は要クレアチニン値

____年____月____日/____mg/dl

☐MRI/MRA (部位)

・ペースメーカー ☐あり ☐なし

・脳動脈クリップ ☐あり ☐なし

※造影撮影時は要クレアチニン値

____年____月____日/____mg/dl

☐MRCP

・ペースメーカー ☐あり ☐なし

・脳動脈クリップ ☐あり ☐なし

☐胃透視

☐注腸透視

☐マンモグラフィー

☐胸部X-P

☐超音波内視鏡

☐腹部超音波

☐脳波

☐心電図

☐ホルター心電図

☐トレッドミル

☐肺機能

☐骨塩定量

☐レノグラム

☐糖尿病フットケア

☐栄養相談

☐胃内視鏡

・抗血小板剤使用 ☐あり ☐なし

・抗凝固剤使用 ☐あり ☐なし

____年____月____日より中止

・生検 ☐要 ☐不要

・緑内障 ☐あり ☐なし

☐大腸内視鏡

・抗血小板剤使用 ☐あり ☐なし

・抗凝固剤使用 ☐あり ☐なし

____年____月____日より中止

・生検 ☐要 ☐不要

・緑内障 ☐あり ☐なし

☐その他

()

地域連携課 TEL:0120-855-814/FAX:0120-811-814