**診療情報提供書(検査依頼票)**

医療法人純正会　名豊病院 令和 年 　　　　　　　月　　　　　　日

科 先生

|  |
| --- |
| 医療機関名  医師名  TEL  FAX |

《診察希望日》　　 いつでも可

# ① 　　　　　　年 　月 　日　 ( 　 　)

# 午前・午後　　　　　：

# ② 　　　　　　年 　月 　日 　(　 　　 )

# 午前・午後　　　　　：

〈その他希望事項〉

【予約確定日：　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　時　　　　分】　　 ネット予約済　　 TEL予約済

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | 生年  月日 | 明・大・昭・平・令  年　　　　月　　　　日 (　　　　　歳) |
| 受診者名 |  | | 男 ･ 女 |
| 住所 | 〒　　　 － | | | TEL | 自宅（ 　　　　　 ）　　　　　―  携帯（ 　　　　 ）　　　　　― |
| 名豊病院受診歴 無  有 (ID: 　　　 　 　) | |
| 保険情報 | | 保険証　　　　 交通事故　　　　 労公災　　　　 生保　　　　 その他(　　　　　　　 ) | | | |

**＊保険証・お薬手帳を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **放射線検査正当性の説明について** | | | | | | 実施済 | |
| 傷病名  経過及び  依頼目的 |  | | | | | | |
| 《検査項目》  ＣＴ（単純  ＣＴ（造影）※下記 造影注を記入  ＭＲＩ（単純）  ＭＲＡ  ＭＲＣＰ  ＭＲＩ（造影）※下記 造影注を記入  心臓超音波検査  心電図検査  神経伝達検査 | | 骨塩定量（ＤＥＸＡ法）腰椎+大腿  マンモグラフィー  単純撮影  消化管透視（上部）  上部内視鏡（経鼻）  上部内視鏡（経口鎮静）  肺機能検査  血圧脈波検査（ABI）  栄養指導 ※下記 栄養食事指導を記入 | | | **部位・撮影指示などの詳細をご記入下さい** | | |
| 造影注 | 身長(　　　　　　cm) 体重( 　　　　 　　kg) 　　検査 ( 無　有 〈　　　/　　　〉 [BUN(　　　　　　) Cr(　　　　　　) eGFR(　　　　　　)]) | | | | | | |
| 体内金属 | 有（部位：　　　　　　　　　　　　　手術年：　　　　　　　　年　　）　　 無 | | | | | | |
| ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ | 有　　　　 無 | ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ | 有　　　　 無 | 喘息 | | | 有　　　　 無 |
| 感染症 | HB(　　　　)　　HCV(　　　　)　　梅毒(　　　　)　　　　不明 | | | ﾖｰﾄﾞ過敏 | | | 有 　  無　　　　 不明 |
| 妊娠 | 有　　　　 無 | 授乳 | 有　　　 無 | 媒体 | | | CD 　  不要 |
| 処方 | 有　　　　 無 | 来院方法 | 独歩 　 車椅子 　 ベッド | PT-INR | | | 有(　　　　　)　　　 無 |
| 栄養食事指導 | 指示栄養量：　　　　　　　　　　　　kcal　　　　塩分制限：  有 　 無 　　　※直近の採血データの添付をお願いします | | | | | | |
| 処方内容 | 抗血小板薬： 抗凝固薬： | | | | | | |

　医療法人純正会　名豊病院　地域医療連携室　 　　　 　　〒473-0913　愛知県豊田市竹元町荒子15

　　TEL:(0565)53-8700　FAX:(0565)53-5360　【対応時間】平日 8:30～17:00 (祝日・年末年始を除く)

2024.1