**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TELFAX |

《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