

# 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

《検査希望日》  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〉

医療機関名

医師名

TEL

FAX

【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	明・大・昭・平・令
受診者名		男・女	年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -	TEL	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -	名豊病院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ID: )
保険情報	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労公災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 実施済		
傷病名 経過及び 依頼目的					
《検査項目》 <input type="checkbox"/> CT (単純) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 (DEXA法) 腰椎+大腿 <input type="checkbox"/> CT (造影) ※下記 造影注を記入 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> MRI (単純) <input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 消化管透視 (上部) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 (経鼻) <input type="checkbox"/> MRI (造影) ※下記 造影注を記入 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 (経口鎮静) <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 (ABI) <input type="checkbox"/> 神経伝達検査 <input type="checkbox"/> 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				
アレルギー	有 ・ 無	イプラント	有 ・ 無	喘息	有 ・ 無
感染症	HB( ) HCV( ) 梅毒( ) 不明	ヨド過敏		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)