**検査用 診療情報提供書** 作成日　年　月　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **紹介先** | | **紹介元** | | **来院予定日** |
| **第一東和会病院** | | **医療機関名** |  | 年　月　日 |
| **医師名** |  |
| **担当医** | 先生 | **ＴＥＬ** |  | 時　分 |
| **ＦＡＸ** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** | | | | |
| **フリガナ** |  | | **性別**  男性  女性 | **住所・電話番号**  **ＴＥＬ：**(　　　　)　　　　－ |
| **患者氏名** | 様 | |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| **検査依頼目的** | | | | |
| **傷病名** |  | | **既往歴** |  |
| **症状・治療経過**（なるべく詳細にご記入ください。）　　**別紙参照** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **検査項目** | | | | |
| **ＭＲＩ** | 単純　造影 | 頭部[　　　　　]　胸部[　　　　　]  腹部[　　　　　]　脊椎[　　　　　]  その他[　　　　　　　] | | **その他**  ※必要であれば具体的な図もご記入ください。 |
| **CT** | 単純　造影 |
| **内視鏡** | 大腸ファイバー　胃カメラ | | |
| **エコー** | 肝　胆　脾　膵　腎　子宮　卵巣  心臓　頚動脈　甲状腺　その他[　　　　　　] | | |
| **その他** | ホルター心電図　エルゴメーター　骨密度検査 | | |

※患者様に休薬指示などをされている場合は、指示内容のご記載をお願いします。

※造影検査は、気管支喘息の患者様には原則として禁忌です。

※MRCPにおいて、基本的にはボースデル（経口造影剤）を使用しております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保険者番号** |  | **資格取得** | 年　　　月　　　日 |
| **記号・番号** |  | **有効期限** | 年　　　月　　　日 |
| **公費負担者番号** |  | **資格取得** | 年　　　月　　　日 |
| **公費受給者番号** |  | **有効期限** | 年　　　月　　　日 |
| **続柄** | 本人　　家族 | **負担割合** | １割　２割　３割 |
| **その他** | 生保　労災　交通事故（保険会社一括　自費）　第三者行為（健保　自費） | | |

