

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
		医師名			
担当医	先生	T E L		時	分
		F A X			

患者情報			
フリガナ		性別	住所・電話番号
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日	年 月 日	歳	TEL : ( ) -

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。） <input type="checkbox"/> 別紙参照			

検査項目			
MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部[ ] <input type="checkbox"/> 胸部[ ] <input type="checkbox"/> 腹部[ ] <input type="checkbox"/> 脊椎[ ]	その他 ※必要であれば具体的な図もご記入ください。
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> その他[ ]	
内視鏡	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー <input type="checkbox"/> 胃カメラ		
エコー	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
その他	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> エルゴメーター <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
その他	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故（ <input type="checkbox"/> 保険会社一括 <input type="checkbox"/> 自費） <input type="checkbox"/> 第三者行為（ <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費）		

