

診療情報提供書

年 月 日

公立邑智病院

地域連携室

TEL:0855-95-2111

FAX:0855-95-2137

医療機関名

電話番号

医師名

㊞

下記の患者さんについてご連絡します。

ふりがな					
患者氏名 :	_____	性別 :	_____		
		生年月日 :	_____年 _____月 _____日 (_____歳)		
住所 :	_____		電話 :	_____	
保険者番号 :	_____	記号・番号 :	_____	取得日 :	_____
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		
公費番号 :	(負担者番号) _____	(受給者番号)	_____		

疾病名 :	_____
-------	-------

紹介目的 :	_____
--------	-------

申込検査 :	<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度
希望日 :	_____年 _____月 _____日
撮影部位 :	<input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
確認事項 :	造影の場合 Bun _____ Cr _____ (検査実施日: _____年 _____月 _____日)
	MRIの場合 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 入れ墨
	<input type="checkbox"/> 手術歴 (_____)

症状経過・治療経過・既往歴・検査結果及び現在の処方	_____
---------------------------	-------

備考	_____
----	-------