

# 診療情報提供書（検査依頼書）

紹介先：八尾市立病院

## 紹介元医療機関情報

診療申込科： \_\_\_\_\_ 科

希望医師名： \_\_\_\_\_ Dr

医療機関名		
医師名		
住所		
TEL	—	—
FAX	—	—

## 患者情報

フリガナ			性別	生年月日			
氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
			<input type="checkbox"/> 男	年 月 日		( 歳)	
住所	〒 —						
TEL	— —		その他連絡先				
八尾市立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日頃				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 老健施設	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 退所見込み	平成 年 月 日頃			
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	※該当項目に必ずチェックをつけてください					

診療情報	病名、主訴等	_____				
	検査依頼目的	_____				

検査項目	検査部位	その他（該当項目に必ずチェックを入れてください）					
<input type="checkbox"/> CT		造影	<input type="checkbox"/> 必要	造影の際は チェックください⇒	造影剤アレルギー	気管支喘息	腎機能障害
<input type="checkbox"/> MRI			<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> MRA							
<input type="checkbox"/> XP							
<input type="checkbox"/> 胃透視							
<input type="checkbox"/> 骨塩定量測定							
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー							
<input type="checkbox"/> 超音波							
<input type="checkbox"/> 脳波							
<input type="checkbox"/> 循環器							
<input type="checkbox"/> 核医学							
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡		◎抗凝固剤の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◎キシロカインアレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> その他							

画像出力  CD-R  フィルム  不要  
 妊娠  あり  なし  不明

## 予約希望

◎都合の悪い日時					※なるべく記入ください
◎希望日時	第1希望	月 日	第2希望	月 日	
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金				

備考	_____
_____	
_____	

八尾市立病院 地域医療連携室  
 FAX 072-922-8167  
 TEL 072-922-0887

※FAXは24時間稼働です。即日対応は20時到着分までです。