

診療情報提供書

【紹介先】八尾市立病院

紹介元	医療機関名		TEL	
	医師名		FAX	
	所在地			

患者情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢(歳)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生	
住所	-				
TEL		携帯電話	[]		
八尾市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 老健施設入所中		

依頼内容

主訴又は病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院となられた場合「解放型病床」を希望(登録医)				
紹介科	科	医師名	医師		
予約希望日				都合の悪い日	
備考(時間等)	<input type="checkbox"/> 緊急				

検査依頼	検査項目	部位	その他					
	<input type="checkbox"/>	C T※		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 土曜日(単純のみ)		
<input type="checkbox"/>	MRI※		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影				
<input type="checkbox"/>	MRA※		※要別紙『CT造影問診・同意書』・『MRI問診票及び同意書』					
<input type="checkbox"/>	X P		<input type="checkbox"/>	MMG	<input type="checkbox"/>	DEXA	<input type="checkbox"/>	ホルター
<input type="checkbox"/>	R I		<input type="checkbox"/>	胃透視	<input type="checkbox"/>	注腸	<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/>	エコー		<input type="checkbox"/>	脳波	<input type="checkbox"/>	肺機能		
画像出力		<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要	チェックのない場合は、CD-Rでの出力です		◆その他の検査については、ご相談ください。			

診療情報

病状経過 検査結果 既往歴 家族歴 等					
現在の処方					
持参データ		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