

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"/> 平成	<input type="checkbox"/> 昭和 <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				

検査項目	部位	その他			
		<input type="checkbox"/> CT※		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
<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検査説明および同意書』			
<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		
CT問診	ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/>	○ CT・RI検査による被ばくについて説明をし同意を得た。(同意のない場合、検査の予約はできません)				
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、OD-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		