

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		☐ 男 ☐ 女	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日生	
住 所	-				
TEL			携帯電話	[]	
八尾市立病院 受診歴	☐ あり ☐ なし	現在の状況	☐ 通院 ☐ 入院 ☐ 老健施設入所中		

依頼内容

主訴又は病名				
紹介目的	☐ 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)	☐ 緊急			

検査 依 頼	検査項目	部 位	その他				
	☐ C T※		☐ 単純 ☐ 造影				
	☐ MRI※		☐ 単純 ☐ 造影				
	☐ MRA※		※要別紙 『CT造影問診・同意書』・『MRI検査説明および同意書』				
	☐ X P		☐ MMG	☐ DEXA	☐ ホルター		
	☐ R I		☐ 脳 波	☐ 肺機能	☐ その他		
	☐ エコー						
	CT問診	ペースメーカー・除細動器 ☐ 有 ☐ 無	妊娠の可能性	☐ 有 ☐ 無			
☐	○ 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		☐ フィルム ☐ 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	☐ 歩行可能 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	