

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	☐	脳 波	☐	肺機能
	☐ R I		☐	DEXA	体内金属 ☐ 無 ☐ 有 有の場合 ☐ 腰椎 ☐ 左大腿骨頸部 ☐ 右大腿骨頸部			
	☐ 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)							
取り外し可能な医療機器【必須】		☐ 有 ☐ 無	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	

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	