

西尾市民病院 診察・検査・栄養指導依頼票(診療情報提供書)

記載日

●年 ●月 ●日

診察は、依頼科をチェックし、医師名をご記入ください

検査

栄養指導

● ● ● ●

先生

住所	
施設	
医師	印
TEL	FAX

<input checked="" type="checkbox"/>	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	内分泌内科	神経内科	血液内科	膠原病内科	腎臓内科	外科	乳腺外科	血管外科	呼吸器外科	形成外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	眼科	小児科	婦人科	精神科	放射線科
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	------	------	-------	------	----	------	------	-------	------	------	-------	-------	-----	------	----	-----	-----	-----	------

希望日 ① ● ● ● ● 月 ● ● ● ● 日
② ● ● ● ● 月 ● ● ● ● 日

救急車 有 無

医師蘭が自署でない場合必ず、押印をお願いします。

フリガナ	ニシオ ハナコ	性別	年齢	生	年	月	日
受診者名	西尾 花子	男・女		大	昭	平	年 月 日
住所	TEL — —						

<臨床情報> 依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細をお願いします。 別紙にても可

診察依頼 ・ 検査依頼時には、臨床情報を必ずご記入ください。

※ 消化器内科依頼時、ご記入ください。 抗凝固薬又は抗血小板薬服用 (有 ・ 無)
検査時の休薬 (可 ・ 不可)

3ヶ月以内

<検査> * 画像受け取り方法 CD-R フィルム 不要
* 造影検査は、Cr値と検査日を記入してください **Cr mg/dl 検査日 年 月 日**

<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input checked="" type="checkbox"/> 上腹部ダイナミック	<input type="checkbox"/> 中内耳	
	<input checked="" type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部骨盤ダイナミック	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 歯科インプラント(保険適応外)	
		<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部骨盤	<input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤		
		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	
		<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD	<input type="checkbox"/> 腰椎	
		<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 四肢()		

RI その他検査 骨シンチ 脳血流シンチ 骨塩量測定 その他検査 ()

<栄養食事指導> 必要項目をチェックしてください 身長: ● cm 体重: ● kg

指導内容	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 運動療法(可・ <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	火曜日 に実施しておりま	※ 指導に際し必要な診療情報は、 臨床情報欄にご記入ください ※ 関係する、直近の検査結果をご送付ください。 ※ 栄養指導問診表を栄養指導予約確認票と 一緒にFAXしますので、当日、問診表を持参して ください。
------	---	-----------------	--

西尾市民病院 地域医療連携室 TEL0563-56-3362・0563-56-8234 FAX0563-56-3354

※ この用紙を患者さんにお渡し頂き受診時に、持参するようにご説明をお願いいたします。

※ 別の診療情報提供用紙をご使用いただいても結構ですが、医師名が自署以外は押印をお願いします。