

西尾市民病院 診察・検査・栄養指導依頼票(診療情報提供書)

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	
																病院施設名	
																医師名	印
																TEL	FAX

希望日 ① 月 日 救急車 有
 ② 月 日 無

フリガナ		性別	年齢	生年月日
受診者名		男・女		
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。 別紙にて可

既往歴(無・有)

主訴

※ 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)

検査時の休業 (可・不可)

<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 type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝~骨盤) <input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 上腹部ダイナミック <input type="checkbox"/> 腹部骨盤ダイナミック <input type="checkbox"/> 胸部~上腹部 <input type="checkbox"/> 胸部~腹部骨盤	<input type="checkbox"/> 中内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 歯科インプラント(保険適応外) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 造影			
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭頸部 <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 四肢()	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 造影			
ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
RI その他検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 骨塩量測定 <input type="checkbox"/> 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 高血圧症 ※ 指導に際し必要な診療情報は、
 脂質異常症 臨床情報欄にご記入ください
 糖尿病 運動療法(可・否) 合併症(無・有) ※ できれば、直近の検査結果を
 糖尿病性腎症 ご送付ください
 腎臓病 ※ 当日、栄養指導問診表を持参してください。
 その他 ()

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

<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	総合内科	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
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	------	------	-------	------	------	----	------	------	-------	------	------	-------	-------	-----	------	----	-----	-----	-----	------

住所	
病院 施設名	
医師名	
TEL	FAX

印

希望日

① ● ● ● ● 月 ● ● ● ● 日
② ● ● ● ● 月 ● ● ● ● 日

救急車

有
 無

医師名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
受診者名	西尾 花子	男・女		大	昭	平
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。

既往歴(無・有)

主訴

※ 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 checked="" type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部骨盤	<input type="checkbox"/> その他()
ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 腹部(肝～骨盤)	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部	<input type="checkbox"/> 胸椎
RI その他検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭頸部	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<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()	
		<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> 骨塩量測定
		<input type="checkbox"/> 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) 火曜日 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	※ 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。