

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
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 女性内科 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	医師名 印
	TEL FAX

希望日 ① 月 日 救急車 有 無
 ② 月 日

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にお願いします。 別紙にても可

既往歴(無・有)

※ 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)

<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"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上腹部ダイナミック <input type="checkbox"/> 中内耳 <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"/> 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(肝～骨盤) <input type="checkbox"/> 骨盤	
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <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	<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 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・否) 合併症(無・有) <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 ※ できれば、直近の検査結果をご送付ください ※ 当日、栄養指導問診表を持参してください。
---	---