

# 診療情報提供書 兼 検査依頼書

平成 年 月 日

紹介先医療機関

**大阪回生病院**

〒532-0003

大阪市淀川区宮原1丁目6番10号

電話(06)6393-6234 (代表)

FAX(06)6393-8362 (地域医療連携室)

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

患者様 氏名	カガナ 様 / 男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)
感染症	<input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 感染症あり(複数選択可) ・HBsAg(+) ・HCV(+) ・WaR(+) ・MRSA(+) ・Tbc		
紹介 目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他( )		

**<検査依頼時記入>**

※下記以外の検査依頼は備考欄にご記入下さい。

<b>内視鏡</b>	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡	・鎮静 / <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 一任	・出血傾向 / <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡	・ブスコパン / <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁	・グルカゴン / <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁
<b>放 射 線</b>	<input type="checkbox"/> 一般撮影検査	・部位( ) ・ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
	<input type="checkbox"/> 透視・造影検査	・造影剤使用 / <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・部位( )	
	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影剤使用	・部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 詳細( )	
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 造影	・部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 詳細( )	
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量		
<b>エコー</b>	<input type="checkbox"/> 経食道心臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 体表(部位 )		

主訴及び傷病名 既往歴 家族歴	アレルギー 有・無 ( )
症状及び治療経過 検査結果等	
現在の処方	
備考	