

# 診療情報提供書

蒼龍会 井上病院 \_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 医師

\_\_\_\_\_ 医師

フリガナ		男・女
氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳
傷病名		

※ 透析療法中の方は施行日：  月・水・金  火・木・土  その他 ( )

診察	診察希望日： なし・あり ⇒ 1. 平成 年 月 日 2. 平成 年 月 日
	紹介目的・病状経過等 ※ ご記入いただくか、紹介状の添付をお願いします。 ..... ..... ..... ..... .....

検査	検査希望日： なし・あり ⇒ 1. 平成 年 月 日 2. 平成 年 月 日																											
	検査目的 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 定期フォロー ※スクリーニング・精査の場合は <b>臨床経過</b> を記入下さい。																											
	<table border="0"> <tr> <td><b>CT (単純・造影)</b></td> <td><b>MRI (単純・造影)</b></td> <td><b>バリウム検査</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭部系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 頭部系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸部系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 頸部系 ( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸部系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 胸部系 ( )</td> <td><b>超音波検査</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ～骨盤腔)</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 骨盤腔</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> シヤント</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )</td> <td>(左・右 自己・人工 上腕・前腕)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 四肢系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢系 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他 (部位： )</td> </tr> </table>	<b>CT (単純・造影)</b>	<b>MRI (単純・造影)</b>	<b>バリウム検査</b>	<input type="checkbox"/> 頭部系 ( )	<input type="checkbox"/> 頭部系 ( )	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸	<input type="checkbox"/> 頸部系 ( )	<input type="checkbox"/> 頸部系 ( )		<input type="checkbox"/> 胸部系 ( )	<input type="checkbox"/> 胸部系 ( )	<b>超音波検査</b>	<input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ～骨盤腔)	<input type="checkbox"/> 腹部系 ( )	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 骨盤系 ( )	<input type="checkbox"/> シヤント	<input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )	<input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )	(左・右 自己・人工 上腕・前腕)	<input type="checkbox"/> 四肢系 ( )	<input type="checkbox"/> 四肢系 ( )	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈			<input type="checkbox"/> その他 (部位： )
	<b>CT (単純・造影)</b>	<b>MRI (単純・造影)</b>	<b>バリウム検査</b>																									
<input type="checkbox"/> 頭部系 ( )	<input type="checkbox"/> 頭部系 ( )	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸																										
<input type="checkbox"/> 頸部系 ( )	<input type="checkbox"/> 頸部系 ( )																											
<input type="checkbox"/> 胸部系 ( )	<input type="checkbox"/> 胸部系 ( )	<b>超音波検査</b>																										
<input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎 / ～骨盤腔)	<input type="checkbox"/> 腹部系 ( )	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓																										
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 骨盤系 ( )	<input type="checkbox"/> シヤント																										
<input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )	<input type="checkbox"/> 脊椎系 ( )	(左・右 自己・人工 上腕・前腕)																										
<input type="checkbox"/> 四肢系 ( )	<input type="checkbox"/> 四肢系 ( )	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈																										
		<input type="checkbox"/> その他 (部位： )																										
<p><b>造影剤検査の場合</b></p> <p>※ 血清クレアチニン値 (直近1カ月) と ビグアナイド系糖尿病薬服用についてご記入ください。</p> <p>●Cre 値： _____ (検査日： _____) ●糖尿病薬服用： <u>なし・あり</u> (薬剤名： _____)</p> <p>※ 造影剤アレルギーがある方、喘息治療中の方の検査は出来ません。</p>																												

### 内視鏡検査

#### 内視鏡検査・手術の場合

- |                                |                                      |                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 上部消化管 | ●抗血栓薬服用： <u>なし・あり</u> (薬剤名： _____)   | ●休薬について： <u>可・不可</u> |
| <input type="checkbox"/> 全大腸   | ※ 抗血栓薬の 休薬が不可 の場合は生検が出来ません。予めご了承下さい。 |                      |
| <input type="checkbox"/> S 状結腸 | ※ 上部消化管の場合は、現在服用されている 薬の情報 を添付下さい。   |                      |

### 検査結果について

※必ずチェック願います

結果報告書は？	⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 不要
CT・MRI画像 (CD-R) は？	⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> 当日本人へ <input type="checkbox"/> 不要