

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： <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 <input type="checkbox"/> 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・精査の場合は臨床経過を記入ください。		
	CT (単純・造影)	MRI (単純・造影)	バリウム検査
	<input type="checkbox"/> 頭部系 () <input type="checkbox"/> 頸部系 () <input type="checkbox"/> 胸部系 () <input type="checkbox"/> 腹部系 (肝～腎/～骨盤腔) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎系 () <input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> 頭部系 () <input type="checkbox"/> 頸部系 () <input type="checkbox"/> 胸部系 () <input type="checkbox"/> 腹部系 () <input type="checkbox"/> 骨盤系 () <input type="checkbox"/> 脊椎系 () <input type="checkbox"/> 四肢系 ()	<input type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 注腸 超音波検査 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 体表 (副甲状腺・頸動脈) (その他部位：) <input type="checkbox"/> シャント
	※造影剤アレルギー・喘息治療中の方の造影検査は出来ません。 (左・右、自己・人工、上腕・前腕) ※造影検査の場合クレアチニン値 (直近1カ月) とビッグアナイド系糖尿病薬服用についてご記入ください。 Cre _____ (検査日：) 糖尿病薬服用 なし・あり (薬剤名：)		
内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 上部消化管 抗凝固剤服用 なし・あり (薬剤名：) 休薬について： 可・不可 <input type="checkbox"/> 全大腸 <input type="checkbox"/> S状結腸 ※内視鏡検査 (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。 ※抗凝固剤の休薬が不可の場合は生検が出来ませんのであらかじめご了承下さい。			
検査結果について	結果報告書は？ ⇒ <input type="checkbox"/> 郵送又は配達 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 不要		
※必ずチェック願います。	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		