

診療情報提供書(オープン検査用)

事前に FAX 送信をお願いします

尼崎医療生協病院御中

年 月 日記載

紹介元 診療所		医師名	印
住所		予約日	年 月 日 ()
電話			時 分
FAX		本紹介状と保険証ご持参をお願いします	
ふりがな 患者氏名		男・女	介護認定 支1・2・3・4・5
生年月日	年 月 日 歳		認知症 無・軽・中・高
住所	〒 -		ADL 独歩・杖・車椅子
		電話	

傷病名・紹介目的

既往歴・現病歴・内服薬・その他

アレルギー:有()・無 妊娠:有()ヶ月・無 感染症:有()・無

内視鏡検査時、下記全ての項目でいずれかに○を。

抗凝固剤内服なし / 抗凝固剤内服中 内服中の場合:観察のみ / 必要時生検

抗凝固剤薬品名:

※休薬の場合別途同意書必要

○キシロカイン使用: 可 / 不可 / 不明 ○ピロリ菌除菌歴: あり / なし / 不明

【 検査項目 】

内視鏡

 上部内視鏡※下部内視鏡は外来診療が必要です

エコー

 腹部エコー

生理検査

 心エコー※直近3ヶ月内の心電図要

マルチスライスCT 単純

 頭部 胸部 全腹部 / 上腹部 (肝・胆・膵・腎中心に) 胸部 - 全腹部 胸部 - 上腹部 骨盤部 / 骨盤腔 脊椎 () その他 ()※造影CTは外来診療が必要です

MRI 単純

 頭部 (□MRA) 頸椎 腰椎 肩関節 () 膝 () その他 ()*別途問診票ありFAX送付願います。※造影MRIは外来診療が必要です

画像CDデータ

 当日患者様へ渡す(所見は後日) 翌日以降、所見とともに貴院へお届け

尼崎医療生協病院 地域医療室

医療機関 専用 直通電話 06-6436-1899

直通FAX 06-6436-1874

患者さまや保険会社からの連絡は、

病院代表 06-6436-1701 へお願いします。