

診療情報提供書(検査・診察依頼票)

平成 年 月 日

笹生病院

紹介医療機関

所在地

科

医師

医師名

TEL

FAX

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		女		年 月 日 (歳)
住 所				
電 話		当院受診歴	無・有(科)	

診断名又は症状

①主訴 ②既往歴及び家族歴 ③病状経過及び検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

ご希望項目□にチェック、必要な【 】内をご記入ください		
① □ 診察 【 科 医師】	② □ 入院	
③ □ 検査のみ依頼		薬剤アレルギー
1. □ 単純X線 【部位】		無・有()
2. □ CT検査 【部位】 単純・造影 <small>(血清クレアチニン値)</small>		感染症
⇒ □必要であれば造影剤の使用を希望する(血清クレアチニン値をご記入ください)		HBs (+ ・ -)
3. □ MRI検査 【部位】 単純・造影		HCV (+ ・ -)
4. □ RI検査 【部位】		
5. □ 超音波検査 【部位】		
6. □ 上部消化管検査 【透視 内視鏡】※ブスコパン(可不可)		CD-R
⇒ 内視鏡の場合、経口か経鼻を選択してください(経口 経鼻)		□ 不要
7. □ 下部消化管検査 【注腸 内視鏡】※ブスコパン(可不可)		□ 要
⇒ □内視鏡検査時、ファイバーが挿入できなかった場合、その場で注腸予約を希望する		
8. □ 乳腺検査 【マンモグラフィー+乳腺超音波】		
※検査のみ依頼時に、下記のご希望があればチェックをお入れください		
□ 検査後、笹生病院での診察加療も希望する【 科 医師】		
□ 読影時、検査所見に今後の方針(追加検査等)についてのコメントも希望する		
□ その他()		

受診(検査)希望日	月 日 ()	※ご希望の時間帯があればご記入下さい
-----------	---------	--------------------