

診療情報提供書(検査・診察依頼票)

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・令
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	
1. □ 単純X線 【部位 】	薬剤アレルギー 無・有()
2. □ CT検査 【部位 】単純・造影 (血清クレアチニン値) (喘息の既往 有 無)	感染症 HBs (+ ・ -) HCV (+ ・ -)
⇒ □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)	
3. □ MRI検査 【部位 】単純・造影 (血清クレアチニン値) (喘息の既往 有 無)	
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)	
※内視鏡検査の方は処方内容を必ず添付してください。	
7. □ 下部消化管検査 【 注腸 内視鏡 】※ブスコパン(可 不可)	□ 不要
⇒ □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	
※内視鏡検査の方は処方内容を必ず添付してください。	
8. □ 乳腺検査 【 マンモグラフィー+乳腺超音波 】	□ 要
※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