|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAX→連携室  **西尾市民病院　診察・検査・栄養指導依頼票（診療情報提供書）**  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診察は、依頼科をチェックし、医師名をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | |  | | | | |
| 検査  栄養指導 | | | | | | | | | | | | 先生 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 病院  施設名 | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  | | |  | | | | |
| 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 内分泌・糖尿病内科 | | 脳神経内科 | 血液内科 | 膠原病内科 | | 腎臓内科 | 女性内科外来 | 外科 | | 乳腺外科 | 血管外科 | 呼吸器外科 | | 形成外科 | 整形外科 | 脳神経外科 | | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | | | | 眼科 | 小児科 | 婦人科 | | 精神科 | 放射線科 | 医師名 | | |  | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  | TEL | | | | | | | FAX |
| **希望日** | | | | ①　　　　　　月　　　　　　日  ②　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 救急車 | | | | | | | | 有  無 | | 西尾市民病院  (　ID　　　　　　　　　　　 　) | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | 年齢 | | | 生　年　月　日 | | | | | | | |
| 受診者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | |  | | | 大 昭 平 令　　 年 　月 　日 | | | | | | | |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 自宅： | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 携帯： | | | | | |
| （外国籍の方）日本語でのコミュニケーション　　可　　不可　　不可の方は通訳の同伴をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細にお願いします。　　　別紙にても可**  **既往歴( 無 ・ 有 )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※** 消化器内科依頼時、ご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | 抗凝固薬又は抗血小板薬服用　　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 検査時の休薬　　　　　　　　　 　　　（　　可　　・　 不可 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **＜検査＞** | | | | **＊画像受け取り方法****ＣＤ－Ｒ****不要**  **＊造影検査は、Cr値と検査日を記入してください　　Cr　　　　mg/dl　検査日　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ＣＴ** | | | | | | | | **単純**  **造影** | | | | 頭部  頸部  胸部  上腹部  腹部（肝～骨盤）  骨盤 | | | | | | | | | | | | | 上腹部ダイナミック  腹部骨盤ダイナミック  胸部～上腹部  胸部～腹部骨盤 | | | | | | | | | | | | 中内耳  副鼻腔  歯科インプラント(保険適応外)  その他(　　　 　　　　　 ) | | | | |
| **ＭＲＩ**  **ペースメーカー**  **無** | | | | | | | | **単純**  **造影** | | | | 頭部  頸部  上腹部  骨盤  ＭＲＣＰ | | | | | | | | | | | | 頭部＋ＭＲＡ頭部  頭部＋ＭＲＡ頭頸部  頭部＋ＶＳＲＡＤ  内耳道  四肢(　　　　　　 　) | | | | | | | | | | | | 頸椎  胸椎  腰椎  その他(　　　 　　　　　 ) | | | | |
| **ＲＩ　検査** | | | | | | | | **骨シンチ****脳血流シンチ****パーキンソンMIBG** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **その他検査** | | | | | | | | **骨塩量測定（骨密度のみ）** | | | | | | | | | | | | **骨塩量測定（骨密度+身体組成）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **※誘発筋電図は別紙** | |
| **<栄養食事指導>** | | | | | | | | **下記の必要項目をチェックしてください　　　　身長：　　　　　㎝　　　体重：　　　　　㎏** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導内容 | | | | 高血圧症  脂質異常症  糖尿病　　運動療法（　可　・　否　）　合併症（　無　・　有　）  糖尿病性腎症  腎臓病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※指導に際し必要な診療情報は、  臨床情報欄にご記入ください。  ※できれば、直近の検査結果を  ご送付ください。  ※当日、栄養指導問診票を持参してください。 | | | | | | | |

西尾市民病院　地域医療連携室　　 TEL：0563-56-3362 ・ 0563-56-8234　　FAX：0563-56-3354