|  |
| --- |
| 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**[x] **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