

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
 検査
 栄養指導

先生

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	住所	病院施設名	医師名	TEL	FAX
-------	-------	-------	-----------	-------	------	-------	------	--------	----	------	------	-------	------	------	-------	-------	-----	------	----	-----	-----	-----	------	----	-------	-----	-----	-----

希望日 ① 月 日 救急車 有 無
 ② 月 日 (ID)

西尾市民病院

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:		

<臨床情報>

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)
 検査時の休業 (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

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上腹部ダイナミック	<input type="checkbox"/> 中内耳
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部骨盤ダイナミック	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 歯科インプラント(保険適応外)
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部骨盤	<input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 腹部(肝～骨盤)	
		<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸椎
		<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD	<input type="checkbox"/> 腰椎
		<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 四肢()	
RI 検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> パーキンソンMIBG <input type="checkbox"/> その他()		
その他検査	<input type="checkbox"/> 骨塩量測定 ※誘発筋電図・神経伝導速度(専用依頼用紙をご利用ください)		

<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: cm 体重: kg

指導内容 高血圧症 ※ 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
 脂質異常症
 糖尿病 運動療法(可・否) 合併症(無・有) ※ できれば、直近の検査結果をご送付ください
 糖尿病性腎症 ※ 当日、栄養指導問診表を持参してください。
 腎臓病
 その他 ()