

# 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

|       |       |       |       |      |      |       |      |        |    |      |      |       |      |      |       |       |     |      |    |     |     |     |      |     |     |
|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|--------|----|------|------|-------|------|------|-------|-------|-----|------|----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
|       |       |       |       |      |      |       |      |        |    |      |      |       |      |      | 住所    |       |     |      |    |     |     |     |      |     |     |
|       |       |       |       |      |      |       |      |        |    |      |      |       |      |      | 病院施設名 |       |     |      |    |     |     |     |      |     |     |
| 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 内分泌内科 | 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 | (印) |
|       |       |       |       |      |      |       |      |        |    |      |      |       |      |      |       |       |     |      |    |     |     | TEL | FAX  |     |     |

希望日 ① 月 日 救急車  有  
 ② 月 日  無

|      |  |     |    |      |
|------|--|-----|----|------|
| フリガナ |  | 性別  | 年齢 | 生年月日 |
| 受診者名 |  | 男・女 |    |      |

|    |           |
|----|-----------|
| 住所 | TEL ( ) - |
|----|-----------|

### <臨床情報>

依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細をお願いします。 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

|                              |   |                                   |                                     |  |
|------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <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"/> 頭部       | <input type="checkbox"/> 頭部+MRA頭部   | <input type="checkbox"/> 頸椎              |
|                              |   | <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 | <input type="checkbox"/> 高血圧症<br><input type="checkbox"/> 脂質異常症<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 運動療法(可・否) 合併症(無・有)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症<br><input type="checkbox"/> 腎臓病<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | ※ 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<br>※ できれば、直近の検査結果をご送付ください<br>※ 当日、栄養指導問診表を持参してください。 |
|------|---|---|