

西尾市民病院 診察・検査・栄養指導依頼票(診療情報提供書)

記載日 ●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

住所
病院
医師名
TEL
FAX

Grid of medical specialties including Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, etc.

希望日 ① ●●月●●日 ② ●●月●●日
救急車 [x]有 []無

医師名が自署でない場合必ず押印をお願いします。

フリガナ: ニシオ ハナコ
受診者名: 西尾 花子
性別: 男・女
年齢: 大 昭 平 年 月 日
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。
診察依頼・検査依頼時には、臨床情報を必ずご記入ください。
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)

3ヶ月以内

<検査> *画像受け取り方法 [x]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
[x] CT
[] MRI
[] RI検査
[] その他検査

<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: [x]高血圧症 []脂質異常症 []糖尿病 []糖尿病性腎症 []腎臓病 []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

西尾市民病院 地域医療連携室 TEL0563-56-3362・0563-56-8234 FAX0563-56-3354

※ この用紙を患者さんにお渡し頂き受診時に、持参するようにご説明をお願いいたします。
※ 別の診療情報提供用紙をご使用いただいても結構ですが、医師名が自署以外は押印をお願いします。