

## 診療情報提供書(受診・検査予約申込書)

(紹介元)

西岡病院 地域連携室 宛

住所

TEL 011-853-8702

医療機関名

FAX 011-853-8703

医師

TEL

紹介患者	フリガナ		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
	氏名	男 ・ 女		
	住所	自宅TEL ( ) -		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

希望検査等	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(造影剤:イオパーク) <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養指導

医師の希望	医師 ・ 特に希望なし
-------	-------------

主訴・傷病名	
--------	--

既往歴(検査含む)及び家族歴	
----------------	--

症状経過・治療経過・現在の処方等(介護サービスが御希望の場合は、内容について記載をお願いします)	
--	--

ADL等	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

受診・検査希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他( )
----------	---

主保険	1. 本人    2. 家族	併用保険	公費受給者番号	受給者番号
保険番号		1. 老( 割)		
記号		2. 特定疾患		
番号		3. 障害    4. その他		

※ご不明な点は、地域連携室までご連絡ください。TEL 011-853-8702(西岡病院地域連携室)