

# 診療情報提供書 FAX用紙

該当項目に☑をおつけください。	<input type="checkbox"/> 診療	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病連携パス
-----------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

紹介先 : 練馬総合病院 科  
 所在地 : 練馬区旭丘1-24-1  
 TEL : 03-5988-2309  
 FAX : 03-5988-2309 (同上)

紹介医療機関名 所在地 〒  TEL : FAX : 医師名
---

受診予定日	_____ 月 _____ 日 ( ) _____ 時 _____ 分
-------	-------------------------------------

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	: 自宅 : 緊急	

公費負担者番号									
公費受給者番号									
公費負担者番号									
公費受給者番号									

練馬総合病院受診歴	有 ・ 無					
保険者番号						
記号		番号				
被保険者との続柄			本人 ・ 家族			

傷病名	紹介目的	診療:
経過(症状、検査、治療、現在の処方等)		

検査: 該当項目に○印をおつけください。

ABI	ABI / PWV(血压脈波)						
エコー	腹部 ・ 心臓 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳腺 ・ その他( )						
CT	単純・造影	頭部 ・ インプラント ・ 副鼻腔 ・ 聴器 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤腔 その他( )	CTA	冠動脈(心臓造影) 下肢動脈(造影) 頭頸部動脈(造影)			
MRI	単純・造影	頭部 : 全般 ・ 下垂体 ・ 副鼻腔 ・ 内耳 頸部 : 甲状腺 ・ 顎関節 脊椎 : 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 胸部 : 縦隔 ・ 乳腺	腹部 : 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ MRCP 骨盤腔 : 子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺 四肢 : 膝 ・ 肩 ・ 手関節 その他 : ( )				
MRA	単純・造影	頭部MRA 頸部MRA 下肢MRA	その他 IVP その他 ( )	読影依頼	要・不要	検査結果	フィルム・CD-ROM

備考 ※ 造影検査依頼時は、チェックリストを付けてください。  
 ※ 冠動脈CT・心臓エコー依頼時は、心電図データを付けてください。  
 ※ チェックリスト・心電図データがないときは、当院で検査する場合があります。