

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	03-5988-2292		
受診 予定日	月 日() 時 分		

紹介医療機関名
所在地 〒
TEL :
FAX :
医師名

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