

診療情報提供書 FAX用紙

年 月 日

該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> をお付けください。	<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	紹介医療機関名
科 _____ 先生 _____	所在地 〒 _____
所在地 : 練馬区旭丘1-24-1	TEL : _____
TEL : 03-5988-2309	FAX : _____
FAX : 03-5988-2292	医師名 _____
受診 予定日 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分	

フリガナ _____	生年月日 _____	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名 _____	年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)		<input type="checkbox"/> 女
住所 〒 _____	TEL : 自宅 _____		
	TEL : 携帯 _____		

公費負担者番号 _____	練馬総合病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
公費受給者番号 _____	保険者番号 _____
公費負担者番号 _____	記号 _____ 番号 _____
公費受給者番号 _____	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 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 をおつけください。

ABI	<input type="checkbox"/> ABI/PWV(血液脈波)
エコー	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> の他(_____)
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他(_____)
MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 頭部 : <input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 頸部 : <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 脊椎 : <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 : <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 : <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 : <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 四肢 : <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> その他 : (_____)
MRA	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	読影 依頼 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	検査 結果 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 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。