

診療情報提供書 FAX用紙

年 月 日

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 先生

所在地 : 練馬区旭丘1-24-1
TEL : 03-5988-2309
FAX : 03-5988-2292

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・令	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒		TEL : 自宅 : 携帯	

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。
----	--