**診療情報提供書 (検査紹介用)**

令和　　　年　　　月　　　日

豊田地域医療センター

**科　　　　　　　　　先生**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 | ㊞ |
| TEL |  |
| FAX |  |

* **FAX予約**　 ＜希望日＞ 　**□ いつでも可**

① 令和　　 年　　 月　　 日( )

② 令和　　 年　　 月　　 日( )

③ 令和　　 年　　 月　　 日( )

* **ネット予約**

令和　　年　　月　　日(　　)　　時　　分

＜その他事項＞

**紹介先医療機関記入**　**＜予約確定日＞　 令和　　　年　　　月　　　日(　　)　　　時　　　分**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | （旧姓） | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　 年　 月　 日(　　 歳) |
| 患者氏名 |  | 様 |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | TEL | 自宅 |
| 携帯 |
| 受診当日の状況 | 通院中・入院中 | 医療センター受診歴 | 有（ID　　　　　　　　　　　）・無 |
| **保険証とお薬手帳を検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。** |
| **放射線検査正当性（リスク・ベネフィット）の説明** | **□ 実施済** |
| 傷 病 名経過及び依頼目的 |  |
| 　　右項目に印をつける | 検 査 項 目 | 関 連 記 載 事 項 |
| ①ＣＴ(単純)　↓豊田市肺がん検診時のみ下記チェック□結果記入も依頼　　□自施設で結果記入 |  | **※部位、撮影指示など詳細をご記入ください** |
| ②ＣＴ(造影)　＜下記、造影注を記入＞ |  |
| ③ＭＲＩ(単純) |  |
| ④ＭＲＡ |  |
| ⑤ＭＲＣＰ |  |
| ⑥ＭＲＩ(造影) 　＜下記、造影注を記入＞ |  |
| ⑦ＲＩ ⇒ 種類【　　　　　　　　　　　　　　　】 |  |
| ⑧骨密度測定(ＤＥＸＡ法　) | 部位：腰椎＋大腿 |  |
| ⑨消化管透視(上部) |  |
| ⑩消化管透視(下部)  |  |
| ⑪経鼻内視鏡検査(上部) |  | **(必須)**②、⑥、⑪～⑬は処方内容を記入欄(下記)へ記載くださいワーファリン服用の方はPT-INR数値を記載ください |
| ⑫経口内視鏡検査(上部) |  |
| ⑬内視鏡検査(下部) |  |
| ⑭超音波検査　部位【腹部・心臓・その他(　　　　)】 |  |
| その他(項目：　　　　　　　　　　　　　　　 ) |  |
| 造影注 | 身長(　　　　　cm) 体重(　 　　　kg) 検査( 無 ・ 有 < / > [BUN(　　　　) Cr(　　　　) eGFR(　　　　)]) |
| ペースメーカー | 有　　・　　無 | 体内金属 | 有（部位：　　　　　　　　　　　　手術年：　　　　　年）・　無 |
| インプラント | 有　　・　　無 | 喘息 | 有　　・　　無 | ヨード過敏 | 有 ・ 無 ・ 不明 |
| 感染症 | HB(　　　)　HCV(　　　)　梅毒(　　　)　　不明 | 来院方法 | 独歩 ・ 車イス ・ ベッド |
| 妊娠 | 有　　・　　無 | 授乳 | 有　　・　　無 | 媒体 | ＣＤ ・ フィルム ・ 不要 |
| 処方 | 有　　・　　無 |  | PT-INR | 有(　　　　　　) ・ 無 |
| 処方内容 | 抗血小板薬： | 抗凝固薬： |
| ビグアナイド系血糖降下剤： |
|  |