

診療情報提供書 [緊急]・[通常]

岐北厚生病院

| | | | | | |
|-----|--|--|--|-----|---|
| 住所〒 | | | | | |
| 施設名 | | | | | |
| 医師名 | | | | | 印 |
| TEL | | | | FAX | |

担当医師) 科 殿

岐北厚生病院受診歴 (有・無・不明)

| | | | | | | | | | |
|----|------|---------|----|---|----|----|-----|-----|--|
| 患者 | 氏名 | | 住所 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 | TEL | |

※ 下記項目にチェックを付けて下さい

【入院診察依頼】 診察希望日時 令和 年 月 日 () 時 分

【外来診察依頼】 診察希望日時 令和 年 月 日 () 時 分

【検査依頼】 検査希望日 令和 年 月 日 ()

CT検査 部位() 撮影 (単純・造影) 読影 (要・不要)

MRI検査 部位() 撮影 (単純・造影) 読影 (要・不要)

内視鏡検査 胃ファイバー 大腸ファイバー

その他検査()

◆造影検査の場合はBUNとクレアチニン値(3カ月以内)の記載をお願い致します。未実施の場合は当院にて実施致します。

| | | | | |
|------------|--------|------------------|------------|------------------------|
| 患者に対する留意事項 | 感染症の有無 | MRSA (+ - 不明) | 薬物アレルギーの有無 | ◆造影剤使用検査の場合必須 |
| | | HCV抗体 (+ - 不明) | () | クレアチニン () ◆ビグアナイド系薬服用 |
| | | HBs抗原 (+ - 不明) | 腎障害 有・無・不明 | BUN () (有・無) |

紹介目的

主訴又は病名既往歴及び家族歴

現病歴
検査所見
治療経過

現在の処

今後について、当方としては下記のようにお願いしたいと存じますが患者様とご相談下さいますようお願いいたします。

今後患者様の希望医療機関に通院。(その際には、当院にその旨ご一報下さい)

今後貴院と当院との連携下、共同で患者様の診療に当たらせていただきたいと思います。その際、貴院への通院間隔(年あるいは月当たりの回数)、当院での投薬、検査内容・間隔等ご指示下さい。

その他

患者様と相談のうえ、今後について上記の通り決まりましたのでよろしくお願ひします。