

紹介状 (診療情報提供書)

(紹介先) 公立学校共済組合 近畿中央病院

平成 年 月 日

科 先生 (紹介元)

TEL (072) 781-3712 (代表)
TEL (072) 781-0155 (地域医療室直通)
FAX (072) 781-9689 (地域医療室専用)

住所

医療機関名

医師氏名

印

TEL () -

FAX () -

患者氏名 (フリガナ)		男	生年月日
		女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所 〒			
TEL ()			
傷病名	全身状態	寝たきり・車椅子・一人で歩ける	
	痴呆度	I・II・III・IV・M	
	自立度	J・A・B・C	
紹介目的			
1.受診依頼【外来受診・入院治療(一般病床・開放型病床利用)】		2.検査依頼(精査目的・診断目的)	
3.手術依頼		4.栄養指導依頼(糖尿病・高脂血症・肥満・糖尿病性腎症)	
		5.その他()	
既往歴及家族歴		感染	1.HCV(+・-) 2.H B(+・-) 3.WaR(+・-)
症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方		身長	cm
		体重	kg
		食物及び薬物アレルギー (品目)	
		施設入所の有無 施設名	
		妊娠の有無(有 週・無)	
		在宅療養指導管理料(在宅自己注除く) の算定(有・無)	
※特記事項および注意事項			

1.必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付して下さい。
2.感染症等検査データがありましたらご記入下さい。検査依頼の為改めてされる必要はありません。

地域医療室用 予約依頼票

① 当日希望 ⇒ 来院方法：救急車・救急車以外
 ◎受診（検査）希望日 ② 第1予約希望日 月 日 曜日
 ③ 第2・3希望日 月 日 曜日・ 月 日 曜日

◎受診歴（あり・なし） ◎貴院での状況（外来患者（待機中・帰宅済）・入院患者）

◇一般撮影 胸部X線撮影 骨塩定量（左前腕）
マンモグラフィ・・・（触診結果もお願いします。）
 【豊胸（有・無）・ペースメーカー（有・無）・妊娠（有・無）】

◇CT 単純撮影 造影剤使用 →造影時の確認事項：
 腎機能（BUN Cr 測定日 ） 気管支喘息（無・有）
 ビグアニド系血糖降下剤服用（無・有） ヨードアレルギー（無・有）
頭部 副鼻腔 頸部 胸部 腹部（肝・胆・膵・腎）
骨盤部 整形領域（部位）

◇MRI 単純撮影 造影剤使用 →造影時の確認事項：
 腎機能（BUN Cr 測定日 ） 気管支喘息（無・有）
 MRI造影剤アレルギー歴（無・有）
 体内の金属 無 有（P-メーカー・スリット・クリップ・その他）
頭部 頸椎 胸椎 腰椎 整形領域（部位）
頸部 胸部 腹部（肝・胆・膵・腎） 骨盤部
MRアンギオ（頭部・頸部・下肢） MRCP

◇核医学診断 骨 脳血流 心筋（要受診）
 (ツチグラム)

◇フィルム フィルム 又は OCD-Rのどちらかを希望する（いずれも返却不要）
希望しない

◇内視鏡 上部消化管（経鼻可：要相談） 大腸
気管支鏡（要受診）

◇生理検査 ホルター心電図 筋電図（要受診） 脳波（要受診） 頸動脈エコー
心エコー 腹部エコー 下肢血管エコー
甲状腺超音波（◇内科・◇外科） 24時間血圧 ABI（血圧脈波）

⑨ 注 カルテの事前作成のために下記の健康保険証番号等の記載をお願いします。

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	・	受給者番号	
本人・家族別	本人・家族	種類	後期・老・高・身・母・乳・特・障
有効期限	・ ・ ~ ・ ・	有効期限	・ ・ ~ ・ ・
		負担割合	0割 1割 2割 3割

★高・・・前期高齢者 ★障・・・高齢重度障害者 ★後期・・・後期高齢者医療
 地域医療室専用 FAX 072-781-9689