

# 診療情報提供書(診察・検査依頼)

共同利用対象医療機器等申請書および  
開放型病床利用申請書を兼ねております

年 月 日

J A 愛知厚生連 江南厚生病院 宛

地域医療連携センター / 直通電話 (0587-51-3344)

専用 FAX (0587-51-3343)

※ 時間外・緊急時・入院要請は代表電話へお願いいたします  
代表電話 (0587-51-3333) ・ F A X (0587-51-3300)

医療機関名	
所在地	
診療科名	
医師名	(印)
TEL( ) - FAX( ) -	

## 患者基本情報

フリガナ	(男・女)	生年 月日	大・昭・平・令	年	月	日生(才)
患者氏名	(旧姓)	自宅電話 ( ) -				
		携帯電話 ( ) -				
住所	〒	市	区	町		

## 紹介予約

ご希望日をご記入のうえ、**診察**または**検査**にチェックをお入れください。

希望日	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 診察	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> WEB予約
<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 (部位: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> VSRAD追加 <input type="checkbox"/> MRA有 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝胆膵MRCP <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢関節(部位: )
	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(負荷なし) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	セデーション(無・有) 経鼻カメラ(無・有) 抗血栓薬(無・有:薬剤名)	
	<input type="checkbox"/> 胃瘻交換	機種名 ( ) 機種カードのコピーを添付してください	
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 脳波 (成人のみ)

傷病名・紹介目的

既往歴・家族歴

症状及び治療経過

別紙参照

※ 大腸カメラ希望(診察依頼)の場合、抗血栓薬の休薬(可・否)

現在の処方内容

こうせいネット：カルテ公開及び参照につき

説明、同意了承済

説明、希望なし

今後についての治療方針

逆紹介希望

貴院での診療または他院希望

併診希望

状況によって逆紹介

備考:CD-R、X線フィルム及び検査の結果等がございましたらご持参ください。