

# 診療情報提供書(診察・検査依頼)

年 月 日

## J A 愛知厚生連 江南厚生病院

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	④
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	
□ 診察	科	医師	□ 医師の指定なし	□ 救急車
	□ Web予約 ( 科)			
□ 検査	□ CT	□ 単純 □ 造影 □ 単純+造影	□ 頭部 □ 頸部 □ 胸部 □ 腹部 □ 骨盤 □ 四肢 (部位: ) □ その他 ( )	
	□ MRI	□ 単純 □ 造影 □ 単純+造影	□ 頭部 ( □ VSRAD追加 □ MRA有 ) □ その他 ( ) □ 腹部 □ 肝胆膵MRCP □ 前立腺 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ 四肢関節(部位: )	
	※ペースメーカーが植え込まれている患者さんのMRI依頼は、 <b>地域医療連携センター</b> までご連絡ください。			
	□ RI	□ 骨シンチ □ 脳血流シンチ(負荷なし) □ その他( )		
	□ 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 )		
	□ 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		
□ 超音波	□ 腹部 □ 甲状腺	□ 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	□ 同意了承済	□ 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。