

診療情報提供書(診察・入院・検査予約票)

平成 年 月 日

加藤山科病院 地域連携室行 TEL 075-594-8866 FAX 075-594-8868	紹介元医療機関 名称	
	所在地	
	電話 F A X	
	医師名	

フリガナ 患者氏名	性別 (男・女)	住所	
		電話	— —
生年月日(明・大・昭・平)		年 月 日	(歳)
加藤山科病院受診歴		有	無

希望診療科名	希望診療科に○印をお付けください。 1.内科 2.眼科 3.消化器内科 4.血液内科 5.循環器内科 6.呼吸器内科 7.放射線科
希望検査項目	希望検査項目に○印をお付けください。部位についてご記入ください。 1. CT 2. コンピュータX線撮影 →部位() 造影(無・有→クレアチニン値) アレルギー暦() 3. 消化管造影(上部・下部・他) 4. 静脈血管造影 5. マンモグラフィー 6. エコー(腹部・甲状腺・乳腺・他) 7. 心エコー 8. ホルター心電図 9. 神経伝導速度(上肢 ・ 下肢) 10. 肺機能検査(肺活量・クロージングボリューム・残気量・拡散) 11. 内視鏡(上部・大腸 「S状/下行」 ・ 気管支) 12. 眼底検査
治療科目	
希望検査日	※緊急(月 日) ・ 1週間以内 ・ 特になし ※時間 → 午前 ・ 午後 (時 分ごろ)

紹介項目	紹介項目に○印をお付けください。 1. 診察依頼 2. 入院依頼 3. 検査依頼 4. その他()	読影希望→ 有 ・ 無
主訴又は傷病名		
症状経過 治療経過 現在の処方 禁忌情報等		
患者の状態	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	
要望・特記事項		