

診療情報提供書(検査紹介用)

JA愛知厚生連

豊田厚生病院 地域医療連携課 御中

平成 年 月 日

<検査希望日> ①平成 年 月 日()
 ②平成 年 月 日()
 ③平成 年 月 日()

医療機関名

医師名

印

ネット予約済(予約確定日に日時を記載)

TEL

<その他希望事項>

FAX

<予約確定日> 平成 年 月 日() 時 分

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
患者氏名	様				
住所	〒 -			TEL	

保険証を検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。

傷病名 経過及び 依頼目的					
右項目に 印をつける	検査項目	関連記載事項			
	①CT(単純) ↓ 豊田市肺がん検診時のみ下記記入 <input type="checkbox"/> 結果記入も依頼 <input type="checkbox"/> 自施設で結果記入	※CT・MRI・内視鏡検査は具体的に記入してください。 部位【 】			
	②CT(造影) <下記、造影注を記入>	<略図記入欄>			
	③MRI(単純)				
	④MRA				
	⑤MRI(造影) <下記、造影注を記入>				
	⑥RI ⇒ 種類【 】				
	⑦骨密度測定(DEXA法) 部位: 腰椎+大腿				
	⑧消化管透視(上部)				
	⑨消化管透視(下部) ※下記枠外参照				
	⑩内視鏡検査(上部)	②、⑩、⑪は処方内容を記入欄(下記)へ記載ください(必須) ワーファリン服用の方はPT-INR 数値を記載ください			
	⑪内視鏡検査(下部)				
	⑫超音波検査	部位【腹部・心臓・その他】			
⑬その他(項目:)					
造影注	身長(cm) 体重(kg) 検査(無・有 < / > [BUN() Cr() GFR()])				
ペースメーカー	有・無	インプラント	有・無	喘息	有・無
ヨード過敏	有・無・不明	感染症	HB() HCV()	梅毒()	不明
妊娠	有・無	来院方法	独歩・車イス・ベッド	媒体	CD・フィルム・不要
体内金属	有(部位:)	手術年: 年	無	PT-INR	有()・無
処方	有・無	抗血小板薬:	抗凝固薬:		
処方内容					

画像写真は検査終了後、患者さん本人に持参して頂きます。読影結果は後日郵送致します。

⑨※消化管透視(下部)は診察と検査が別の日程(二日後以降)となります。予約につきましては両日お取りいたします。



JA愛知厚生連

豊田厚生病院
地域医療連携課

〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 URL: http://toyota.jaaikosei.or.jp/
地域医療連携課専用TEL(0565)43-5077 地域医療連携課専用FAX(0565)43-5030
【対応時間】平日9:00~19:00 第1・3土曜日9:00~12:00 (時間外・休日は救命救急センター外来対応)