**診療情報提供書(検査紹介用)**

(医療機関→ＦＡＸ→患者)

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

医療機関名

医師名

TEL

FAX

**□FAX予約**＜希望日＞　　**□いつでも可**

　　①令和　　 年　　 月　　 日( )

②令和　　 年　　 月　　 日( )

③令和　　 年　　 月　　 日( )

**□ネット予約**

令和　　 年　　 月　　 日( )　　時　　分

＜その他希望事項＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 豊田厚生病院記入欄　＜予約確定日＞　令和　　　年　　　月　　　日(　　)　　　時　　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | |  | | | 男・女 | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | |
| 患者氏名 |  | | |  | | 旧姓  様 | | | 年　　　月　　　日  (　　　　歳) | |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | ＴＥＬ | 自宅 | |
| 携帯 | |
| 受診当日の状況 | | 通院中・入院中 | | | | | 豊田厚生病院  受診歴 | | | | 有（ＩＤ　　　　　　　　　）・　無 | | |
| **保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いいたします** | | | | | | | | | | | | | |
| **放射線検査正当性（リスク・ベネフィット）の説明** | | | | | | | | | | | | | **□　実施済** |
| 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  □結果記入も依頼　　□自施設で結果記入 | | | | | |  | ※部位、撮影指示など詳細をご記入ください | | | | | |
| ②ＣＴ(造影)　＜下記、※造影注を記入＞ | | | | | |  |
| ③ＭＲＩ(単純) | | | | | |  |
| ④ＭＲＡ | | | | | |  |
| ⑤ＭＲＣＰ | | | | | |  |
| ⑥ＭＲＩ(造影)　＜下記、※造影注を記入＞ | | | | | |  |
| ⑦ＲＩ ⇒ 種類【　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | |  |
| ⑧骨密度測定(ＤＥＸＡ法) 部位：腰椎＋大腿 | | | | | |  |
| ⑨消化管透視(上部) | | | | | |  |
| ⑩消化管透視(下部)　＜下記、枠外を参照＞ | | | | | |  |
| ⑪内視鏡検査(上部) | | | | | |  | ・②、⑥、⑦、⑪、⑫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 | | | | | |
| ⑫内視鏡検査(下部) | | | | | |  |
| ⑬超音波検査　ドプラー（　要　・　不要　） | | | | | |  |
| ⑭眼科蛍光眼底造影検査（インターネット予約のみ） | | | | | |  |
| ⑮その他（項目：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  |
| **※**造影注 | 身長(　 　　cm) 体重(　 　kg) 検査(実施日＜　 /　 ＞ [BUN(　 　)Cr(　 　)eGFR(　 　)]) | | | | | | | | | | | | |
| **※**喘 息 | 有（造影不可）　・　　無 | | | | **※**ヨ-ド過敏 | | | 有（造影不可） ・ 無 ・ 不明 | | | | | |
| ペースメーカー | 有　　・　　無 | | 体内金属 | | 有　(部位:　　　　　　　　　手術年:　　　　　年)　・　無 | | | | | | | | |
| インプラント | 有　　・　　無 | | 感染症 | | HB(　　　)　HCV(　　　)　梅毒(　　　)　　不明 | | | | | | | | |
| 妊娠 | 有　　・　　無 | | 授　 乳 | | 有　　・　　無 | | | | | 媒体 | | | ＣＤ ・ フィルム ・ 不要 |
| 処方内容 | 処方：　有　・　無　　　抗血小板薬：　　　　　　　抗凝固薬：　　　　　　　　PT-INR：有（　　）無 | | | | | | | | | | | | |

**※必須項目です。記載が無い場合、検査をお受けできません。**

・検査項目①～⑧、⑪、⑫につきまして**鎮静(麻酔)/眠剤使用を希望の方は検査のみでお受けすることはできません**。事前の診察予約をお願いいたします。

・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いたします。

・⑩消化管透視(下部)は診察と検査が別の日程(２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。

地域医療連携課　直通FAX（0565）43-5030

地域医療連携課.2023/05/01.ホームページ用