

紹介状 (診療情報提供書) (地域医療予約用) 令和 年 月 日

| | | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介先 いづれかに 要チェック | <input type="checkbox"/> 市立伊丹病院 TEL 072-777-3773 (内線4450) FAX 072-777-8277 (地域医療連携室専用) | <input type="checkbox"/> 近畿中央病院 TEL 072-781-3712 (代表)(内線540) TEL 072-781-0155 (地域医療直通) FAX 072-781-9689 (地域医療専用) |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

科 _____ 先生 (紹介元) _____
住所 _____ 印
医療機関名 _____
医師氏名 _____
TEL () - _____
FAX () - _____

| | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 貴院での状況 | <input type="checkbox"/> 外来患者さま (待機中・帰宅済) <input type="checkbox"/> 入院患者さま ※受付時間外並びに内容によっては翌営業日の対応となります。 |
| 患者氏名 (フリガナ) | 男 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 女 M・T・S・H・R (_____ 歳) |
| 住所 〒 _____ | 職業 (_____) |
| TEL () - _____ | 傷病名 _____ |
| 紹介目的 | 全身状態 寝たきり・車椅子・一人で歩ける 認知度 I・II・III・IV・M 自立度 I・A・B・C |
| 既往歴及家族歴 | 1.受診依頼【外来受診・入院治療(一般病床・開放病床利用)】 2.検査依頼(精査目的・診断目的) 3.手術依頼() 4.栄養指導依頼(糖尿病・高脂血症・肥満・糖尿病性腎症) 5.その他() *検査データを別紙にて添付してください。 |
| 感染 | 1.HCV(+-) 2.H B(+・-) 3.WaR(+・-) |
| 症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方 | 身長 _____ cm 体重 _____ kg 食物及び薬物アレルギー (品目) _____ 施設入所の有無 _____ 施設名 _____ 妊娠の有・無(有 週・無) 最終月経 月 日 より 在宅療養指導管理料(在宅自己注除く)の算定(有・無) _____ ※特記事項および注意事項 _____ |

- 宛先の医師名が不明の場合は、科別のみご記入願います。
- 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付して下さい。
- 感染症等検査データがありましたらご記入下さい。検査依頼の為改めてされる必要はありません。

様用 地域医療室 予約依頼票 受診歴(あり・なし)

① 当日希望 → 来院方法: 救急車・救急車以外
◎受診(検査)希望日 ② 第1予約希望日 月 日 曜日
③ 第2・3希望日 月 日 曜日・ 月 日 曜日

◇一般撮影 胸部X線撮影 マンモグラフィ (触診結果もお願いします。)
【豊胸(有・無)・ペースメーカー(有・無)・妊娠(有・無)】

◇CT 単純撮影
◎造影剤使用 ※ 腎機能(Cr: BUN: 測定日: . . .)
ビッグアナイド系血糖降下剤服用(無・有)
気管支喘息(無・有) ヨードアレルギー(無・有)
 頭部 頸部 胸部 腹部(肝・胆・膵・腎) 骨盤部 その他(部位 _____)

～ 以下の検査は、両病院で多少内容が異なります ～
◇市立伊丹病院 ◇近畿中央病院

◇MRI 単純撮影
◎造影剤使用 ※ 腎機能(Cr: BUN: 測定日: . . .)
気管支喘息(無・有)
MRI造影剤アレルギー歴(無・有)
体内の金属 無 有(ペースメーカー・ステント・クリップ・その他 _____)
→体内金属有の場合 MRI撮影(可・不可)

3.0T ※3テスラ希望の場合のみチェックください 頭部 頸椎 胸椎 腰椎
 頭部 頸髄 胸髄 腰髄 整形領域(部位 _____)
 肝臓部 膵臓部 頸部 胸部 腹部 骨盤部
 四肢関節(部位 _____) MRアングリオ(頭部、頸部、下肢)
 腎臓部 骨盤部 前立腺・膀胱部 MRCP
 MRアングリオ(頭部、頸部、下肢) MRCP

◇一般撮影 骨塩定量(腰椎正面+大腿骨近位) 骨塩定量(左前腕)
 骨塩定量(腰椎正面+大腿骨近位)

◇透視撮影 上部消化管透視 注腸透視

◇核医学診断(シンチグラム) 骨 ガリウム 脳血流 骨 心筋(要受診)
 甲状腺 123 I 脳血流 その他() 脳血流 その他()

◎検査結果 フィルム(返却不要)希望 CD-R(返却不要)希望 フィルム・CD-R共に不要

◇内視鏡関係 上部消化管(経口 経鼻) 上部消化管(経鼻可:要相談)
 大腸(要受診) 大腸
 気管支鏡(要受診) 気管支鏡(要受診)

◇生理検査関係 腹部エコー ホルター心電図 筋電図(要受診)
 肺機能(スパイロ) 心エコー 脳波(要受診)
 心エコー(心電図含) ※ 腹部エコー トレッドミル(要受診)
 頸動脈エコー ※ 頸動脈エコー
 ABI(血圧脈波検査) ※ 下肢血管エコー
 循環器系検査Aセット(※の検査) 甲状腺超音波(○内科・○外科)
 循環器系検査Bセット(※の検査と心臓CT) ABI(血圧脈波) 24時間血圧

⑨ カルテの事前作成のために下記の健康保険証番号等の記載をお願いします。

| | | | |
|--------|-----------|--------|------------------|
| 保険者番号 | _____ | 公費負担番号 | _____ |
| 記号・番号 | _____ | 受給者番号 | _____ |
| 枝番 | _____ | 種類 | 後期・老・高・身・母・乳・特・障 |
| 本人・家族別 | 本人・家族 | 有効期限 | ・ ・ ～ ・ ・ |
| 有効期限 | ・ ・ ～ ・ ・ | 負担割合 | 0割 1割 2割 3割 |

★ 高・・・前期高齢者 ★ 障・・・高齢重度障害者 ★ 後期・・・後期高齢者医療