

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

前橋赤十字病院

科 先生

紹介元医療機関

名称

所在地

T E L

F A X

医師氏名

担当者

※緊急時は、地域医療連携課にお電話いただき
医師同士のご相談をお願いいたします。

※消化器内科の紹介は以下の項目に☑してください。

消化器内科 ▶ 消化管系 肝臓 膵・胆

受診希望日	<input type="checkbox"/> あり ▶ 第1希望 月 日 曜日 第2希望 月 日 曜日
	<input type="checkbox"/> なし ▶ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 最短日 ()
	受診できない日 ▶ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()

フリガナ		旧姓		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名			生年月日	年 月 日 才	<input type="checkbox"/> 女
住所	〒			電話番号	自宅 携帯

ご依頼内容	診察	傷病名・紹介目的	
	ダイレクタ検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部(肺・心臓) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 () ※造影剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ペースメーカー等の心臓への機器埋込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨シチ(体重 Kg) <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> カリウム <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT	<input type="checkbox"/> 体幹部(頭部～骨盤まで) <input type="checkbox"/> 備考 () ※ペースメーカー等の心臓への機器埋込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※検診等二次精査の場合は、医師が検診カードを記入いたしますので診察でお申し込みください。

※診療情報提供書の事前FAXをお願いいたします。

現在の処方		既往歴・家族歴
症状経過 ・ 検査結果 ・ 治療経過	薬剤アレルギー(有・無) 感染症 HBS() HCV() W氏() その他 薬剤名	
検査結果希望返事	1. 所見のみ 2. CD-R+所見 3. フィルム+所見	
添付資料	無・有(X-P・CT・ECG・検査データ・内視鏡フィルム・ECHO・その他())	返却 要・不要