

診療情報提供書（調布東山病院提出用）

希望	第一	月	日	時	第二	月	日	時		年	月	日											
	緊急性(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)																						
診察									紹介元医療機関名														
									所在地														
								TEL				FAX											
								医師氏名				印											
科												医師											

検査	※ご希望の検査項目に☐をお願いいたします。											
	内視鏡	☐食道・胃・十二指腸 ☐大腸 ※結果は【 ☐紹介元・☐調布東山病院 】で説明 ワーマリン服用 ☐無 ☐有 ☐継続 ☐中止 ※検査の結果、治療の必要が生じた場合) ☐そのまま調布東山病院で進める ☐紹介元にお戻りする										
	放射線	☐CT (☐単純 ☐造影 ☐造影適) ※部位も選択願います。										
	CT部位	☐頭部 ☐副鼻腔 ☐頸部 ☐胸部 (ペースメーカー ☐有り ☐無し) ☐腹部 ☐骨盤部 ☐その他 ()										
	放射線	☐MRI (☐単純 ☐造影 ☐造影適宜) ※部位も選択願います。										
MRI部位	☐頭部 ☐頸部 ☐脾臓 ☐肝臓 ☐胆嚢 ☐腎・副腎 ☐MRCP ☐椎体 (☐頸 ☐胸 ☐腰) ☐骨盤 ☐四肢 () ☐軟部 () ☐関節 { (☐左 ☐右) ☐肩 ☐肘 ☐手 ☐膝 ☐足 ☐股 } ☐その他 ()											
生理	☐腹部エコー ☐心エコー ☐甲状腺エコー ☐頸動脈エコー ☐頸部エコー ※部位も選択願います。(☐耳下腺 ☐顎下腺 ☐リンパ節) ☐ホルター心電図 ☐肺機能 ☐PWV/ABI ☐その他エコー ()											

栄養相談	病名	☐糖尿病 ☐脂質異常 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐その他 ()										
	指示内容	☐指示量はガイドラインに準じる ☐エネルギー kcal ☐タンパク質 g ☐塩分 g ☐その他制限 ☐食事バランス ☐外食時の注意 ☐プリン体 ☐その他 ()										

フリガナ												☐男性	☐明治	☐大正	☐昭和	☐平成	☐令和
患者指名												☐女性	年	月	日生	歳	
住所	〒 -											TEL					

紹介目的及び主訴又は症状	既往歴・家族歴
--------------	---------

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方	禁忌薬	☐なし ☐あり (薬品名:)								
	抗凝固薬・抗血小板薬等投与	☐なし ☐あり (薬品名:)								
	感染症	HBS抗原	()	HCV抗体	()	W氏	()	MRSA	()	その他

持参資料 ☐なし ☐あり () 返却 ☐要 ☐不要

診療情報提供書（貴院控え）

□

希望日	第一	月	日	時	第二	月	日	時
	緊急性(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)							

年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

診察		科		医師
----	--	---	--	----

□ 検査	※ご希望の検査項目に☐をお願いいたします。	
	内視鏡	☐ 食道・胃・十二指腸 ☐ 大腸 ※結果は【 ☐ 紹介元・ ☐ 調布東山病院 】で説明 ワーファリン服用 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 継続 ☐ 中止) ※検査の結果、治療の必要が生じた場合 ☐ そのまま調布東山病院で進める ☐ 紹介元にお戻りする
	放射線	☐ CT (☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 造影適) ※部位も選択願います。
	CT部位	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 胸部 (ペースメーカー ☐ 有り ☐ 無し) ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ その他 ()
	放射線	☐ MRI (☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 造影適宜) ※部位も選択願います。
MRI部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 脾臓 ☐ 肝臓 ☐ 胆嚢 ☐ 腎・副腎 ☐ MRCP ☐ 椎体 (☐ 頸 ☐ 胸 ☐ 腰) ☐ 骨盤 ☐ 四肢 () ☐ 軟部 () ☐ 関節 { (☐ 左 ☐ 右) ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 膝 ☐ 足 ☐ 股 } ☐ その他 ()	
生理	☐ 腹部エコー ☐ 心エコー ☐ 甲状腺エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ 頸部エコー ※部位も選択願います。(☐ 耳下腺 ☐ 顎下腺 ☐ リンパ節) ☐ ホルター心電図 ☐ 肺機能 ☐ PWV/ABI ☐ その他エコー ()	

□ 栄養相談	病名 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他 ()
	指示内容 ☐ 指示量はガイドラインに準じる ☐ エネルギー kcal ☐ タンパク質 g ☐ 塩分 g ☐ その他制限 ☐ 食事バランス ☐ 外食時の注意 ☐ プリン体 ☐ その他 ()

フリガナ		☐ 男性	☐ 明治	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 令和
患者指名		☐ 女性	年	月	日生	歳	
住所		TEL					

紹介目的及び主訴又は症状	既往歴・家族歴
--------------	---------

症状・治療経過及び検査結果

現在の処方	禁忌薬	☐ なし ☐ あり (薬品名:)
	抗凝固薬・抗血小板薬等投与	☐ なし ☐ あり (薬品名:)
	感染症	HBS抗原 () HCV抗体 () W氏 () MRSA () その他 ()

持参資料 ☐ なし ☐ あり () 返却 ☐ 要 ☐ 不要