診療情報提供書（調布東山病院提出用）

年　　月　　日

希望日	第1	月　日　時	第2	月　日　時
	緊急性（　有　・　無　）			

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☑チェックお願いいたします。	
	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）
	放射線	□ CT（□単純　□造影　□造影適宜）　※部位も選択願います。 □頭部　□副鼻腔　□頸部　□胸部（ペースメーカー　□有・□無） □腹部　□骨盤部　□その他（　　）
		□ MRI（□単純　□造影　□造影適宜）　※部位も選択願います。 □頭部　□頸部　□膵臓　□肝臓　□胆嚢　□腎・副腎　□MRCP □椎体（頚・胸・腰）　□骨盤　□四肢（　　）　□（　　）軟部 □（左・右　／　肩・肘・手・膝・足・股）関節　□その他（　　）
	生　理	□ 腹部エコー　□ 心エコー　□ 甲状腺エコー　□ 頚動脈エコー　□ エコー（　　） □ ホルター心電図　□ 肺機能　□ PWV/ABI　□ その他（　　）

□栄養相談		
	病　名	□ 糖尿病　□ 脂質異常症　□ 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　□ たんぱく質　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　　）

フリガナ 患者氏名	M・T・S・H （男・女）　年　月　日生（　歳）
住　所	〒　－ TEL

紹介目的及び主訴又は症状	既往症及び家族歴

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

193-464