## 診療情報提供書

※ 作成日 年 月 日 福岡大学西新病院 科 紹介元医療機関の所在地及び名称 先生 (担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) 診療科名 ※上記医師への事前の診療依頼の有無 医師氏名 囙 □ あり 電話( FAX ( ) □ なし 月 第1希望 年 日( 受 診 年 月 ) 希望日 第2希望 日( 患者基本情報 ※ 福岡大学西新病院受診歴 □有・□無・□不明 受診歴有の場合、福岡大学西新病院の患者番号が分かればご記入ください ⇒ 生年 (大·昭·平·令) フリガナ (男・女) 年 月 日生( 才) 月日 または西暦 患者氏名 (旧姓 ) 自宅電話( 携帯電話( 住 所 都道 市 区 府県 郡 町 傷病名・紹介目的(**傷病名は日本語でお願いします**) 既往歴及び家族歴 症状経過及び検査結果 治療経過等 現在の処方内容 備考(禁忌・薬物アレルギー等) 依頼項目 □MRI検査 □CT検査 □RI検査 下記の項目にご記入ください。 MRI検査依頼の場合、 □単純 検査部位 □ 造影 腹部( 骨盤腔( 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎 胸部( <u>頭部(</u> 四肢( その他( BUN ( Cre( ) 体重( kg CDR □要 □ 不要 CT検査依頼の場合、 <u>下記の項目にご記入ください。</u> □ 単純 骨盤部 その他( 頭部 頸部 上腹部 胆, 膵, 脾 胸部 口要 □ 不要 BUN ( Cre( 体重( CDR RI検査依頼の場合、 下記の項目にご記入ください。 検査部位 \_\_\_\_レノグラム 骨 67Ga そ<u>の他(</u> 甲状腺 心筋 肺腎

※検査結果等がございましたら添付してください。

## 診療情報提供書

|   |                    |  |                                       | ※ 作月 | 戊日  | 年           | 月      | 日    |
|---|--------------------|--|---------------------------------------|------|-----|-------------|--------|------|
| 福岡大学西新病院  | 科                  | 紹介元医療機関の所在地及び名称                          |                                       |      |     |             |        |      |
|   | 先生                 |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   | -                  | 診療科名                                     |                                       |      |     |             |        |      |
| ※上記医師への事前の診療依頼の有無                               | <b>'</b>           | 医師氏名                                     |                                       |      |     |             |        | 印    |
| □ あり □ なし                                       |                    |  | ) –                                   |      | FAX | ( )         | _      | - 1- |
| 受診 第1希望 年 月 日(                                  | )                  |  |                                       |      |     |             |        |      |
| ≎ <sub></sub> =                                 | )                  |  |                                       |      |     |             |        |      |
| 患者基本情報  |                    |  |                                       | 1    |     |             |        |      |
|   | □ 無·               | □ 不明                                     |                                       |      |     | <del></del> |        | 1 1  |
| 受診歴有の場合、福岡大学西新病院の患者番                            |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| フリガナ  | (男・女               | )   生年<br>  月日                           | (大・昭・平・名                              |      | 年   | 月           | 日生(    | 才)   |
| 患者氏名(旧  | 姓                  | ) // // // // // // // // // // // // // | 職業                                    | _    |     |             |        |      |
| 〒 −   |                    | <b>!</b>                                 | 自宅電話(                                 |      | )   |             | _      |      |
| 住 所   |                    | <del></del>                              | 携帯電話(                                 |      | )   |             | _      |      |
| ' ''  |                    | 区<br>町                                   |                                       |      |     |             |        |      |
| 傷病名・紹介目的( <b>傷病名は日本語でお願</b>                     | いします               |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| 既往歴及び家族歴  |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| 症状経過及び検査結果                                      |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| <br>治療経過等                                       |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| /A 保社過号<br>                                     |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| <br>現在の処方内容                                     |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| 30,200,000                                      |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| <br> 備考(禁忌・薬物アレルギー等)                            |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
| um 3 (MA)                                       |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   |                    |  |                                       |      |     |             |        |      |
|   | 1A <del>1</del>    |  | <b>-</b> - 10 <del>-</del> -          |      |     |             |        |      |
| 依頼項目 □MRI検査 □CT MRI検査依頼の場合、下記の項目に               |                    |  | RI検査                                  |      |     |             |        |      |
| MRI 快査依頼の場合、下記の項目 <br>検査部位 □ 単純 □ 造績            |                    | くにさい。                                    |                                       |      |     |             |        |      |
| 現職( ) 胸部( ) 腹部(                                 | <i>.</i> /         | )骨盤                                      | ····································· | )脊髄  | (頸椎 | - 胸椎        | • 腰椎 ) |      |
| 四肢( ) その他(                                      |                    |  |                                       |      |     |             |        | )    |
| BUN ( ) Cre ( ) 体重                              |                    | <u> </u>                                 | kg CDR                                |      | 要   |             | 要      |      |
| C T検査依頼の場合、下記の項目には<br>検査部位 □ 単純 □ 造績            | <u>_ 記人く</u><br>ジ  | たさい。                                     |                                       |      |     |             |        |      |
| <u>東西部位                                    </u> | <u>ジーター</u><br>脾,腎 | )骨盤音                                     | 『 その他(                                |      |     |             |        | )    |
| BUN ( ) Cre( ) 体重                               | 重(                 | )  | kg CDR                                |      | 要   | □不          | 要      | ,    |
| RI検査依頼の場合、下記の項目に                                | ご記入く               | ださい。                                     |                                       |      |     |             |        |      |
| 検査部位<br>脳 甲状腺 心筋 肺 腎 レノグラム                      | <del>图</del> 67G   | a その他                                    | (                                     |      |     |             |        | )    |