

病診連携 診療情報提供書

宝持会 池田病院

年 月 日

科

先生

紹介元医療機関
住 所
T E L
F A X
医 師 氏 名

フリガナ				男 ・ 女
患者氏名				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生 (才)
住 所	連絡先			
保険者番号		公費負担者番号		
記号・番号		公費受給者番号		
区分	本人 家族	負担割合	0割	1割 2割 3割

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診 察 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 開放型病床	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">C T</td> <td style="text-align: center;">※ 造影</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 要</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 不要</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭 部</td> <td><input type="checkbox"/> 眼 窩</td> <td><input type="checkbox"/> 副鼻腔</td> <td><input type="checkbox"/> 頸 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 中腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤腔</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>	C T	※ 造影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 中腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">骨密度</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 検査のみ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 検査・治療指針</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 検査・治療</td> </tr> </table>	骨密度	<input type="checkbox"/> 検査のみ	<input type="checkbox"/> 検査・治療指針	<input type="checkbox"/> 検査・治療																	
	C T	※ 造影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要																																
	<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸 部																																
	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 中腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他																																
骨密度																																				
<input type="checkbox"/> 検査のみ																																				
<input type="checkbox"/> 検査・治療指針																																				
<input type="checkbox"/> 検査・治療																																				
希望日 日 日	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">M R I</td> <td style="text-align: center;">※ 造影</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 要</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 不要</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭部 MRI</td> <td><input type="checkbox"/> 頭部+MRA</td> <td><input type="checkbox"/> 頸 部</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸 椎</td> <td><input type="checkbox"/> 胸 椎</td> <td><input type="checkbox"/> 腰 椎</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸 部</td> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤腔</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肩 (右・左)</td> <td><input type="checkbox"/> 肘 (右・左)</td> <td><input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 股関節</td> <td><input type="checkbox"/> 膝 (右・左)</td> <td><input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 下肢 MRA</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	M R I	※ 造影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	<input type="checkbox"/> 頸 部		<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎		<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔		<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)	<input type="checkbox"/> 肘 (右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝 (右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)		<input type="checkbox"/> 下肢 MRA	<input type="checkbox"/> その他			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">エコー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心 臓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 乳 腺</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 甲 状 腺</td> </tr> </table>	エコー	<input type="checkbox"/> 心 臓	<input type="checkbox"/> 乳 腺	<input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 甲 状 腺
M R I	※ 造影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要																																	
<input type="checkbox"/> 頭部 MRI	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	<input type="checkbox"/> 頸 部																																		
<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎																																		
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔																																		
<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)	<input type="checkbox"/> 肘 (右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)																																		
<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝 (右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)																																		
<input type="checkbox"/> 下肢 MRA	<input type="checkbox"/> その他																																			
エコー																																				
<input type="checkbox"/> 心 臓																																				
<input type="checkbox"/> 乳 腺																																				
<input type="checkbox"/> 腹 部																																				
<input type="checkbox"/> 頸 部																																				
<input type="checkbox"/> 甲 状 腺																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">内視鏡</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 下 部</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓ 検査結果説明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要</td> </tr> </table>	内視鏡	<input type="checkbox"/> 上 部	<input type="checkbox"/> 下 部	↓ 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 胃透視																													
内視鏡																																				
<input type="checkbox"/> 上 部																																				
<input type="checkbox"/> 下 部																																				
↓ 検査結果説明																																				
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要																																				

既往歴
病状経過
現在の処方

池田病院 地域医療連携室

T E L 06-6721-0161 (予約専用)
F A X 06-6721-1471

予約時間

月～金曜 8時45分～17時45分
土曜 8時45分～13時