

診療情報提供書(冠動脈CT予約申込書)

送信先：社会医療法人寿会 富永病院 FAX (06)6568-1970

申込日

希望診療科

脳神経外科 脳神経内科 循環器内科 整形外科 神経形成外科

希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【ご紹介元医療機関】
医師名	先生	医療機関名 住所
希望日	① 月 日 ② 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも	TEL/FAX 医師名 担当者

お申込内容

紹介目的	<input type="checkbox"/> 320列-冠動脈CT (以下の項目について、わかっている範囲でご記入ください)		
	ペースメーカー・埋込型除細動器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	造影剤副作用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	透析 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	肝障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	クレアチニン()mg/dl	
	※上記有の場合及びクレアチニン1.4mg/dl以上の場合には検査できません ※検査1~2時間前にβブロッカーを服用するようご指示ください ※βブロッカーの禁忌 ①高度房室ブロック ②洞不全症候群 ③気管支喘息 ④COPD ⑤低血圧(最高血圧100mmHg以下) ⑥β遮断薬投与不相当 ※ビグアナイド系糖尿病治療薬は、検査前・後48時間休薬してください。		

患者情報

フリガナ		旧姓	性別
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月 日 (歳)
来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 介護タクシー	移動方法(<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー)
付添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→本人との関係()	
外国人の方	<input type="checkbox"/> 日本語(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 言語()語 ※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。 <input type="checkbox"/> 日本在住(<input type="checkbox"/> 在住 <input type="checkbox"/> 短期滞在者 <input type="checkbox"/> 旅行者) 日本の健康保険証(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災		
患者状況	<input type="checkbox"/> 院内待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 有→退院日 月 日		
入院中確認	<input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 家族相談 支払い方法; <input type="checkbox"/> 本人請求 <input type="checkbox"/> 病院請求 ※患者さんが現在貴院入院中に受診する場合は、「受診状況連絡票」も併せてお送りください。		

※連携強化診療情報提供料に係る質問(貴院で以下の算定している項目にチェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/> 未算定	<input type="checkbox"/> 地域包括診療料	<input type="checkbox"/> 地域包括診療加算
<input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料	<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料	<input type="checkbox"/> 施設入居時医学総合管理料

依頼内容	<input type="checkbox"/> 別紙参照 (貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。)
疾患名	
主訴・既往歴	
病状経過等	
注意事項	※受診当日に発熱症状、咳、咽頭痛など症状がある場合は来院の前にご連絡願います。

受付：月～土 9:00～18:00 (祝・日を除く)
 問合せ先：地域医療連携室 TEL 06-6568-1980(直通)

2024.12月改定