



診療情報提供書

(送付先 FAX 番号 06-6416-8016)

年 月 日

関西労災病院 (IDカード) (有・無) 郵便番号 -

ID番号 _____ 所在地 _____

医療機関名 _____

紹介先医療機関名 TEL () -

関西労災病院 FAX () -

科 _____ 先生 _____

受診希望日 年 月 日 医師氏名 _____

フリガナ			明・大・昭・平		
患者氏名	生年 月日	年 月 日 (歳)	性別		
住 所	〒 -		TEL() -		
紹介目的 番号を○で 囲んで下さい	1.精査・診断 2.治療 3.手術 4.入院 5.リハビリテーション 6.歯科口腔外科処置・手術 7.消化管内視鏡検査 (食道 胃 十二指腸) 8.その他				
病名 (主訴)					
病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 (家族歴)					
現在の処方					
その他 特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ブスコパンの使用について 可 ・ 不可 ※心筋梗塞等の心疾患、前立腺肥大症、緑内障の患者様はグルカゴンを使用します。 ・感染症の有無 (有 ・ 無) ・(MRI、CTをご依頼の場合) ペースメーカーまたは埋込型除細動器の有無 有 ・ 無 埋込型除細動器の有無 有 ・ 無 ・薬剤アレルギー (無 ・ 有 ・ ・ ・) ・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ、投薬を中止できるか (可 ・ 不可 / 中止できる日数 _____ 日程度) 				
持参資料	(無 ・ 有 ・ ・ ・ X線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査記録 ・)				