

診療情報提供書(検査紹介用)

令和 年 月 日

みよし市民病院 【TEL】0561-33-3300 【FAX】0561-33-3302

科 先生

<FAX予約 希望日>

いつでも可

① 令和 年 月 日 ()

② 令和 年 月 日 ()

③ 令和 年 月 日 ()

<ネット予約>

令和 年 月 日 ()

時 分

<その他希望事項>

医療機関名
医師名 印
TEL
FAX

紹介先医療機関記入欄 <予約確定日> 令和 年 月 日 () 時 分

フリガナ		旧姓	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名		様			
住 所	〒 -			TEL	自宅 携帯
受診当日の状況	通院中・入院中	紹介先医療機関受診歴	有 (ID) ・ 無		
保険証とお薬手帳を検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。					
放射線検査正当性(リスク・ベネフィット)の説明				<input type="checkbox"/> 実施済	
傷病名 経過及び 依頼目的					
	検査項目			関連記載事項	
	①CT(単純)			※部位、撮影指示など詳細をご記入ください	
	②CT(造影) <下記、造影注を記入>				
	③MRI(単純)				
	④MRA				
	⑤MRCP				
	⑥MRI(造影) <下記、造影注を記入>				
	⑦骨密度測定(DEXA法)	部位: 腰椎+大腿			
	⑧消化管透視(上部)				
	⑨消化管透視(下部)				
	⑩経鼻内視鏡検査(上部)				
	⑪内視鏡検査(上部)				
	⑫内視鏡検査(下部) ※下部枠外参照				
	⑬超音波検査				
	その他(項目:)				
造影注	身長(cm) 体重(kg) 検査(無 ・ 有 < / > [BUN() Cr() eGFR()])				
体内金属	有 (部位:)		手術年: 年) ・ 無		
ペースメーカー	有 ・ 無	インプラント	有 ・ 無	喘息	有 ・ 無
感染症	HB() HCV()	梅毒()	不明	ヨード過敏	有 ・ 無 ・ 不明
妊娠	有 ・ 無	授乳	有 ・ 無	媒体	CD ・ 不要
処方	有 ・ 無	来院方法	独歩 ・ 車イス ・ ベッド	PT-INR	有() ・ 無
処方内容	抗血小板薬:		抗凝固薬:		

※⑫内視鏡検査(下部)は診察と検査が別の日程となります。