

診療情報提供書(検査依頼票)

| | | | | | |
|------|-------|---|---|------|---|
| フリガナ | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 様 |
| 生年月日 | T・S・H | 年 | 月 | 日() | 歳 |
| 電話番号 | 自宅: | - | - | | |
| | 携帯: | - | - | | |

直通TEL : 045-871-5225

直通FAX : 045-871-9701

| | | | | |
|------|---|---|---|--|
| 予約日時 | 年 | 月 | 日 | |
| | 時 | 分 | | |

*検査予約日時は、お電話にて確定いたします。
 *受付時間は 月~土 9:00~16:30です。

〈ご依頼内容・経過情報〉 (該当する全てに チェックしてください)

| | |
|------------------------|--|
| 検査種別 | <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF(経口・経鼻) <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> その他() |
| 撮影方法 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※当院医師の判断により、造影撮影を中止し単純撮影に変更する場合がございます。 <input type="checkbox"/> 一任 ※当院医師の判断により、単純撮影に加えて造影撮影を行う場合がございます。 |
| 撮影部位 (該当すべてに) | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他() |
| 主訴 臨床経過など (具体的に) | ※「造影」または「一任」の場合…血清クレアチニン(Cre) 値()mg/dl ※ 3カ月以内の結果データをご記入ください。 |

〈検査結果〉

| | | | |
|----|--|----|--|
| 画像 | <input type="checkbox"/> C D <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 | 読影 | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 |
|----|--|----|--|

〈患者情報 治療歴など〉

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------|---|---|
| 感染症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ※ピグアナイド系糖原病薬は、CT造影検査前後48時間の休業が必要です。 |
| 手術歴 (部位・術式等) | 年 月 日 | 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ※MRI検査は禁忌 (CT検査は一部機種により禁忌) |
| | | 除細動器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ※MRI・CT検査は禁忌 |
| その他の患者さま留意事項(ADL、コミュニケーション等) | | 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ※成人発症の気管支喘息 MRI・CT造影検査は原則禁忌です。 |
| | | アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 具体的にお願いします。 () |
| 妊 娠 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | インプラント 体内金属 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 入れ墨・伏針 アートメイク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

| | |
|----------------------|-------|
| 紹介元医療機関(ゴム印でも構いません。) | 年 月 日 |
| 〒 | |
| 住所 | |
| 名称 | 医師名 |
| 電話 | FAX |