

診療情報提供書(検査依頼票)

直通TEL : 045-871-5225

直通FAX : 045-871-9701

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

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。
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <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	※「造影」検査の場合…eGFR値()ml/min/1.73m ² ※3カ月以内の結果データをご記入ください。

〈検査データ〉

画像	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> 不要	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	検査結果	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> お持ち帰り
----	--	----	--	------	--

〈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 <input type="checkbox"/> 不明	その他の患者さま留意事項 (ADL、コミュニケーション等)
手術歴	年 月 日 部位・術式等 ()	

糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ピグアナイド系糖尿病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です。		
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		
体内金属 (インプラント) 除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属 具体的に() ※MRI検査は心臓ペースメーカーは禁忌		
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の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。 ()		
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
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	貴院次回受診日 (決まっていたら)	月 日 午前・午後

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:

F A X: