

診療情報提供書

初診 再診

受診日 平成 年 月 日

科宛

申込日 平成 年 月 日

() 医師

依頼医療機関
(担当医師 先生)
TEL・FAX

フリガナ		保 険	保 険 番 号		本人・家族
患者氏名	男 旧姓()		記 号 番 号		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	公 費	公 費 番 号		
			受給者番号		
住 所					TEL () -

依頼項目 MRI・CT・内視鏡検査(上部・下部)

- 〈CT〉 検査部位(頭部・頭頸部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他())
 造影CT(有・無)(dynamic study・点滴静注法) 撮像内容希望事項()
- 〈MRI〉 検査部位(頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他())
 撮像方向(横断像・矢状断像・冠状断像)(複数可) 造影MRI(Gd-DTPA;SPIO)(有・無)
 特殊検査 dynamic study MR angiography・MRCP・その他()

※腹部の造影検査時は絶食の指示をお願いします。(腹部以外の撮影では絶食の必要はありません)

※検査前のチェック項目:アレルギー(有・無), 妊娠(有・無), HB(+・-・不明), HCV(+・-・不明)

BUN(), クレアチニン() ※腎障害の患者様のみ

※フィルムコピー

		郵送	手渡し
必要 <input type="checkbox"/>	フィルム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不要 <input type="checkbox"/>	レポート	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

主訴及び傷病名

既往歴

症状経過及び治療経過、検査結果等

現在の処方