

患者紹介状(診療情報提供書) 検査共同利用専用

貴院控え

依頼医療機関 座間総合病院 検査担当医

依頼検査に「レ」(チェック)をしてください

- CT検査
 MRI検査
 骨密度検査
 超音波検査
 胃カメラ

下記の患者を紹介致します。

検査日	月	日()	時間	AM・PM	時	分
-----	---	------	----	-------	---	---

選択された検査項目から該当する内容をご確認ください

MRI・CT検査	依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 単純後必要時造影 造影の場合、腎機能の数値をご記入ください BUN [] CRE [] ※患者様の同意書を検査当日ご持参ください	CT検査	MRI検査
	(MRI) 体内に金属はありませんか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 造影) 喘息の既往はありませんか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 <input type="checkbox"/> 頸部～腹部 <input type="checkbox"/> 四肢(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 頭部(<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 骨密度検査 依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> (右)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (左)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (右)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> (左)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎正面 ※1週間以内の胃・腸のバリウム検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
超音波検査 依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 1.心臓 <input type="checkbox"/> 2.頸動脈 <input type="checkbox"/> 3.下肢静脈 <input type="checkbox"/> 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓) <input type="checkbox"/> 5.下腹部(前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 6.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 7.下腹部(腎・膀胱) <input type="checkbox"/> 8.表在(乳腺) <input type="checkbox"/> 9.表在(頸部) <input type="checkbox"/> 10.表在(甲状腺) <input type="checkbox"/> 11.その他表在() 1～3を除く血流検査項目(任意選択) <input type="checkbox"/> 12.上腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 13.下腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 14.表在ドブラ			
胃カメラ 抗凝固剤を内服中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名() ※ワルファリンを内服されている場合: 凝固検査数値をご記入ください PT []			
希望媒体 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルムコピー <input type="checkbox"/> 所見のみ ※内視鏡検査はCD-ROMのみ <input type="checkbox"/> サーマルペーパー(エコーのみ) ※骨密度検査は所見のみ	結果報告 <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日結果(患者様お渡し)		

フリガナ		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (歳)
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所	〒 電話番号 () -				
病名(主訴)					
既往症(家族歴)	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
病状経過 治療経過 検査結果 (並びに 検査主旨)					
現在の処方					
紹介年月日	年	月	日		
医療機関名				依頼医師	
所在地				FAX 番号	
電話番号					