

診療情報提供書 (検査依頼書)

紹介元医療機関控え

にをしてください

CT

MRI

にしてください

松井病院 放射線科担当医

殿

読影の有無

有

無

患者氏名		依頼年月日 年 月 日	貴院の所在地	
生年月日・性別 明・大・昭・平 年 月 日(男・女)		検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分	名称	
住 所		電 話		
電話番号 ()		医師氏名		
ヨード造影剤副作用歴 (+/-)		HBs抗原 (+/-)	TPHA or RPR (+/-)	ガドリニウム副作用歴 (+/-)
薬剤アレルギー (+/-)		HCV抗体 (+/-)	活動性結核の疑い (+/-)	脳動脈クリップ (+/-)
喘息・小児喘息 (+/-)		HIV (+/-)	クロイツフェルト・ヤコブ病 (+/-)	人工内耳 (+/-)
妊娠・授乳 (+/-)		MRSA (+/-)		体内金属 (+/-)
身長() cm		体重() kg	血清Cr値() mg/dl	心臓ペースメーカー・除細動器 (+/-)
				閉所恐怖症 (+/-)
検査部位：【 】 例【頭部】や【胸部から骨盤】など				
造影の有無： <input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 造 影				
造影薬剤名： <input type="checkbox"/> オムニパークシリンジ()ml <input type="checkbox"/> オムニスキャンシリンジ15ml <input type="checkbox"/> プロハンスシリンジ13ml <input type="checkbox"/> その他()				
主訴、病名、紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果				
既往歴及び家族歴				
現在の処方				
* 検査の予約について				
①放射線科にお電話をお願いします(平日 8:30~18:00) (土曜日 8:30~13:00) 03-3752-1111 (内線180)				
②検査名と検査希望日時をお知らせ下さい。検査の空き状況を確認のうえ予約をお取り致します。				
③診療情報提供書(検査依頼書)をご記入下さい。検査項目にチェックのうえ、部位を記載して下さい。 診療情報提供書は患者様にお渡しいただくか、当院の医療連携室までお送り下さい。				
④診療情報提供書(検査依頼書)は5枚綴りとなりますので、強く記入していただけますようお願い致します。 1枚目は紹介元医療機関の控えとなりますのでお取り下さい。				
⑤MRI検査の場合は <input type="checkbox"/> の項目もチェックをお願い致します。				
⑥患者様の都合などにより、 造影など先生方のご希望にお応えできない場合があります のでご了承下さい。				
⑦検査当日、患者様について先生にお問い合わせする場合がありますのでご了承下さい。				