

CT・MRI 検査FAX依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

高陽ニュータウン病院 外来受付 行

貴医療機関名 _____

FAX (082)843-7887

TEL _____

FAX _____

医師名 _____ (印)

(FAX 受付時間 月～金 9:00～16:30 土 9:00～11:30)

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	
住所	〒		電話 () -	
			携帯 - -	
検査区分	CT ・ MRI		画像の配信方法	CD-R ・ フィルム
			検査結果の送付	FAX ・ 郵送
造影区分	単純 ・ 造影			
検査部位 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病名				
【検査目的・既往歴・経過等】				
現在の処方				
確認項目	妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	埋込金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	入れ墨 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
造影を受ける方は必ず、ご記入下さい。	ヨード過敏症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		喘息既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	重篤な甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		血清クレアチニン値 _____ mg/dl (測定日 平成 年 月 日)	
	ビグアナイド(BG)類の内服(メット、メグルコ、ジベトス 等) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
予約希望日	① 第1希望日: 平成 年 月 日 曜日 AM・PM ② 第2希望日: 平成 年 月 日 曜日 AM・PM ③ いつでも良い			

この書類をFAXにて送信して頂いた後、予約日を決めさせて頂き貴院へ「予約受付票」を送信致します。

※原本「CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)」は検査当日お持ち下さい。