

CT・MRI 検査 FAX 依頼書(診療情報提供書)

令和 年 月 日

高陽ニュータウン病院 外来受付 行

FAX (082)843-7887

貴医療機関名 _____

TEL _____

FAX _____

医師名 _____

⑨

(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・令 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、ご記入ください。 | 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 (測定値 令和 年 月 日) | | |

| | |
|-------|---|
| 予約希望日 | ①第1希望日: 令和 年 月 日 曜日 AM・PM ②第2希望日: 令和 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。