

紹介・検査依頼書 (兼診療情報提供書)

依頼日 年 月 日

依 頼 患 者	
フリガナ	生年 月 日
氏 名	OMOT S H 年 月 日 才
旧 姓	職業 ()
住 所	〒
	電話 () -

紹介元住所	希望日 月 日 曜日
医療機関名	希望検査項目
診療科	<input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MRI, <input type="checkbox"/> RI, <input type="checkbox"/> 骨密度, <input type="checkbox"/> 超音波,
医師名 先生	<input type="checkbox"/> 胃透視, <input type="checkbox"/> 胃カメラ, <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー
TEL FAX	(心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
検査又は診療の目的	検査部位 (<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 顔面・ <input type="checkbox"/> 頭骨・ <input type="checkbox"/> 頸部
依頼内容 <input type="checkbox"/> 診療 ()科 <input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部
()先生へ連絡 (<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未)	<input type="checkbox"/> 骨盤・ <input type="checkbox"/> 脊椎・ <input type="checkbox"/> 脊髄
尚、診療の場合は、検査内容や治療については	その他:
当院医師へ一任とさせていただきます。	造影 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
	画像コピー (<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要)
	※コピー要の場合はいずれかに○をおつけください
	・ フィルム ・ CD-DICOM

検査前チェック項目	MRI検査の場合は以下もチェックして下さい。
薬物アレルギー (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 妊娠 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	(MRI検査が不可能な場合があります)
腎障害 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 感染症 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明)	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー, <input type="checkbox"/> 人工弁, <input type="checkbox"/> 人工関節,
[<input type="checkbox"/> HB・ <input type="checkbox"/> HCV・ <input type="checkbox"/> ワ氏・ <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> 疥癬・他 ()	<input type="checkbox"/> 金属プレートなど, <input type="checkbox"/> 動脈クリップ, <input type="checkbox"/> てんかん発作,
	<input type="checkbox"/> 義眼, その他 ()

医療保険	保険者番号	本人 ・ 家族
	記号番号	被保険者名
公費保険	公費番号	
	記号番号	
老人医療	老人番号	老人負担割合
	記号番号	割

注)ペースメーカーは一部の型式のものしか撮影できませんので、必ずペースメーカー手帳のコピーを一緒にFAXお願い致します。(MRI撮影前にペースメーカーのチェックをいたしますので、ペースメーカー手帳を必ずお持ち頂くようお願い下さい。)

* Web予約をされた方ですか はい いいえ

診断名	既往歴・手術歴	救急受診の場合は、 ご記入ください
症状、経過、現在の処方等		意識レベル
		/JCS
		呼吸数
		/分
		脈拍
		/分
		血圧
	/ mmHg	
	体温	
	/°C	
	搬送手段(フェックをつけて下さい)	
	<input type="checkbox"/> 救急車	
	<input type="checkbox"/> 病院車	
	<input type="checkbox"/> 自家用車、タクシー	
	その他	
	()	