

診療情報提供書(検査依頼用)

令和 年 月 日

FAX 予約 <希望日> いつでも可
 ①令和 年 月 日()
 ②令和 年 月 日()
 ③令和 年 月 日()

ネット予約
 令和 年 月 日() 時 分

医療機関名	
医師名	(印)
TEL	
FAX	

<その他希望事項>

紹介先医療機関記入欄 <予約確定日> 令和 年 月 日() 時 分

フリガナ		旧姓	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令			
患者氏名		様		年 月 日	年 月 日(歳)			
住所	〒 -		TEL	自宅	携帯			
受診当日の状況	通院中・入院中	医療センター受診歴	有 (ID)・無				
保険証とお薬手帳を検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。								
放射線検査正当性 (リスク・ベネフィット) の説明					<input type="checkbox"/> 実施済			
傷病名 経過及び 依頼目的								
斜線部分選択不可 右項目(紹介先病院欄)に印をつける	検査項目	足	ト	厚	地	み	関連記載事項	
	①CT (単純) ↓豊田市肺がん検診時のみ下記記入 <input type="checkbox"/> 結果記入も依頼 <input type="checkbox"/> 自施設で結果記入							※部位、撮影指示など詳細をご記入ください
	②CT (造影) <下記、造影注を記入>							
	③MRI (単純)							
	④MRA							
	⑤MRCP							
	⑥MRI (造影) <下記、造影注を記入>							
	⑦RI ⇒ 種類【							
	⑧骨密度測定 (DEXA法)	部位: 腰椎+大腿						
		部位: 前腕						
	⑨消化管透視 (上部)							
	⑩消化管透視 (下部) ※下部枠外参照							
	⑪経鼻内視鏡検査 (上部)							②、⑥、⑪~⑬は処方内容を記入欄(下記)へ記載ください(必須) ワーファリン服用の方は PT-INR 数値を記載ください
	⑫内視鏡検査 (上部)							
	⑬内視鏡検査 (下部)							
⑭超音波検査							部位【腹部・心臓・その他	
その他(項目:)							】	
造影注	身長(cm) 体重(kg) 検査(無・有 < / > [BUN() Cr() eGFR()])							
ペースメーカー	有・無	体内金属	有(部位:)	手術年: (年)・無				
インプラント	有・無	喘息	有・無	ヨード過敏	有・無・不明			
感染症	HB() HCV() 梅毒() 不明	来院方法	独歩・車イス・ベッド					
妊娠	有・無	授乳	有・無	媒体	CD・フィルム・不要			
処方	有・無	PT-INR	有()・無					
処方内容	抗血小板薬:		抗凝固薬:					