

送付元
医療機関名
住所TEL検査依頼書
(診療情報提供書)

患者基本情報			
ふりがな		生年月日	
氏名:	様	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
保険証	記号	番号	保険者番号
当院受診歴: 有・無 (お分かりになれば当院 I D 番号:)			
*検査希望日	第1 年 月 日 ()	午前 午後	第2 年 月 日 () 午前 午後
検査依頼内容	検査種別	検査部位 (検査名)	検査目的
	CT検査	造影依頼 (有・無)	
	MRI検査	(身長 cm、体重 kg) 造影依頼 (有・無)	
	RI検査		
	上部内視鏡 検査		
	<small>希望に○してください</small>	・通常 ・経鼻使用 ・鎮静剤使用	
	骨密度	(身長 cm、体重 kg)	
その他検査 ()			

放射線被ばくに関する説明: 済 ・ 無

※患者さんの万全を期すために、下記の間診にお答え頂きますようお願いいたします。

問 診		アレルギー・喘息 無 ・ 有	妊娠 無 ・ 有
	CT	ヨードアレルギー 無 ・ 有	
	MRI	体内金属 無 ・ 有	体内金属有の場合 素材:
閉所恐怖症 無 ・ 有			
その他	検査結果: 通常 ・ 至急 出力媒体: CD		
	当日追加検査: 検査担当医の判断で追加検査を 許可 ・ 不要		

※検査部位・目的については可能な限り詳細にご指示をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、地域医療連携室にご連絡頂けますでしょうか、どうぞよろしくお願いいたします。