

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	
住所		電話番号		
当院受診歴: 有・無 (お分かりになれば当院ID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			
	希望に○してください	・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

県外への移動歴または県外への移動歴のある方との接触歴: あり ・ なし

※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		アレルギー・喘息	無 ・ 有	妊娠	無 ・ 有
	CT	ヨードアレルギー	無 ・ 有		
診	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きますでしょうか、どうぞよろしくお願いいたします。