



★紹介元医療機関

(0773-63-5836)

貴医療機関名			貴医師名		
住所	〒				
TEL			FAX		

★紹介患者様情報

ふりがな			性別		
氏名			男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生
住所	〒			年齢 () 歳	TEL - -

患者状況	受診第1希望日	令和 年 月 日 () 時 無
貴院待機中 ・ 不在	受診第2希望日	令和 年 月 日 () 時

★診療

希望診療科： _____ 科 <診療依頼目的>
 診療情報提供書 参照

希望医師有： _____ 医師 ・ 無

★消化器内科検査

<input type="checkbox"/>	C	F	検査時の付添い： <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/>	G	F	

★放射線科検査

検査部位： 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 四肢 ()
 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()

検査種別

<input type="checkbox"/>	C T 単純
<input type="checkbox"/>	C T 造影
<input type="checkbox"/>	M R 単純
<input type="checkbox"/>	M R 造影
<input type="checkbox"/>	R I 検査

※ MR検査を依頼される場合は、「MR検査同意書（問診票）」を添付してください。

造影検査を依頼される場合は、「造影剤を使用する検査のための問診票および同意書」を添付の上、下記について必ずご回答願います。

- 血清クレアチニン値： _____ 検査日： _____ 年 月 日 (3ヶ月以内)
 別紙検査結果 参照 当日結果持参
- 患者様は現在、糖尿病のお薬を飲んでおられますか？
 いいえ 飲んでいる (薬のなまえ： _____)
- 患者様は気管支喘息であると診断されたことがありますか？
 いいえ はい (気管支喘息であると造影剤禁忌です)

希望画像媒体	<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 画像のみ当日持ち帰り (読影レポートは後日) <input type="checkbox"/> 後日郵送
--------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------