

診療情報提供書(放射線画像検査用)

済生会今治病院

年 月 日

科

住所

医療機関

殿

医師氏名

(TEL: FAX:)

フリガナ 患者氏名		男・女	TEL	
生年月日	年 月 日 (歳)			
患者住所				
病名				
紹介目的	C T (単純 ・ 造影) M R I (単純 ・ 造影) ※部位 (_____ ※四肢等の場合 左・右) R I (_____ シンチ) 骨塩定量			
結果提供方法	画像	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 当日手渡し	
	報告書	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 翌日以降FAX(後日郵送)	
特記事項 (CT・MRIで 造影剤使用の 場合、ご記入 ください)	腎障害 (有・無)、感染症 (無・HBV・HCV・その他_____) 血清クレアチニン値：直近3ヶ月以内の検査結果をご記入ください。 未実施の場合は当院にて行いますので、患者様へ検査予約時間の 1時間前に来院して頂きますようお願いください。 (_____ mg/dl 検査日： 年 月 日)			
症状経過・治療経過・現在の処方・既往歴等				
受診希望日時	<input type="checkbox"/> 今からすぐ		<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃	
	<input type="checkbox"/> 日時を指定してください		<input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めてください	

※ 頭部C T Aは脳神経外科宛、心臓に関するC T ・ R I 検査は循環器内科宛、
上記以外のC T ・ M R I ・ R I 検査や骨塩定量検査は放射線科宛にご紹介ください

保険情報 ※保険情報は保険証・カルテのコピーでも結構です

被保険者氏名		保険者番号	
記号・番号			本人・家族
事業所又は保険者名		負担割合	() 割
重心, 母子等記号番号			