

診療情報提供書(放射線画像検査用)

済生会今治病院

平成 年 月 日

担当医 _____ 科

住 _____ 所

医療機関名 _____

_____ 殿

医師氏名 _____

(TEL _____ FAX _____)

フリガナ 患者氏名		男・女	TEL	() -
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
患者住所				
傷病名				
紹介目的	CT (単純・造影) MRI (単純・造影) ※CT・MRI部位 (_____ ※四肢等の場合 左・右) RI (_____ シンチ) 骨塩定量			
希望画像提供方法	CD-R ・ フィルム ※CD-Rの方が詳細なデータを収載可能です			
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 30 分前に来 院して頂きますようお願いください。 (_____ mg/dl 検査日：平成 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"/> 日時を指定して下さい <input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めて下さい			

※ 頭部CTAは**脳神経外科**宛、心臓に関するCT・RI検査は**循環器内科**宛、
上記以外のCT・MRI・RI検査や骨塩定量検査は**放射線科**宛にご紹介下さい。

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	.		