検査依頼書（診療情報提供書）

年　　　月　　　日

紹介元医療機関

TEL

FAX

名称

先生

ご担当医師名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 生年月日 | | | | | 性別 |
| 患者氏名 | | | □大正　　□昭和　　□平成　　□令和 | | | | | □男・□女 |
| 年　　月　　日（　　 歳） | | | | |
| 連絡先（自宅・携帯電話）　※日中連絡がとれる電話番号 | | | | | | | | |
| 保　　　険 | □保険診療　　　□自費　　　□労災 | | | | | | | |
| 検　査　日 | 年　　　月　　　日（　　） | | | | | 診察ご希望 | □有・□無 | |
| 画像のご提供方法 | □CD-R・DVD-R　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 希望検査項目 | □CT　　□MRI　　□RI | | | 検査部位 |  | | | |
| 造影剤の使用 | □有　　　□無  〇気管支喘息の有無　□有・□無  〇アレルギーの有無　□有（　　　　　　　　）・□無  〇造影CT：ビグアナイド系の糖尿病用の服用　□有・□無  〇クレアチニン（　　）mg/dl  〇eGFR　　　（　　）ml/min/1.73㎥ | | | | | | | |
| ※MRIを受けられる患者様の確認事項 | | ①ペースメーカーの有無（□有　□無）  ②体内金属の有無（□有　□無）　③閉所恐怖症の有無（□有　□無）  ④入れ墨、アートメイクの有無（□有　□無） | | | | | | |
| 主訴及び傷病名 | | | | | | | | |
| 検査目的及び症状・治療経過 | | | | | | | | |

●検査のご予約は下記の電話番号にお願い致します。

●お電話の後、本紙を下記にFAXいただき、患者様には検査当日に本紙を総合受付に提出してください。

独立行政法人地域医療機能推進機構

久留米総合病院 放射線部

直通電話・FAX

０９４２－３３－５３９９

＜お問い合わせ＞