

検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日


紹介元医療機関

名称

Tel

ご担当医師名

FAX

ふりがな	生年月日	性別
患者氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
日中連絡がとれる電話番号 （ ） —	緊急連絡先（続柄） （ ） —	
保険	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 労災	
検査日	年 月 日（ 曜日）	
画像提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R・DVD-R <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵送	
希望検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI	検査部位
造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  <ul style="list-style-type: none">○気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有○アレルギーの有無 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ ）○クレアチニン（ ）mg/dl（採血日 月 日）○eGFR（ ）ml/min/1.73m²○造影CT：ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有	
検査の確認事項	① ペースメーカーの有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ② 血糖測定器の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） *MRIの場合は以下もお答えください* ③ 体内金属の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ④ 閉所恐怖症の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） ⑤ 入れ墨、アートメイクの有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	
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、検査当日は総合受付へご提出ください。 ＜お問い合わせ＞ 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		