

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 ↓ <input type="checkbox"/> 気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> クレアチニン（ ）mg/dl（採血日 月 日） <input type="checkbox"/> eGFR（ ）ml/min/1.73m ² <input type="checkbox"/> 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			