

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

先生

FAX

フリガナ	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		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 労災		
検 査 日	年 月 日 ()	診察ご希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R・DVD-R <input type="checkbox"/> その他 ()		
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		
	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> ○気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無 ○アレルギーの有無 <input type="checkbox"/>有 () ・ <input type="checkbox"/>無 ○造影 CT：ビグアナイド系の糖尿病用の服用 <input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無 ○クレアチニン () mg/dl ○eGFR () ml/min/1.73 m³ </div>		
※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 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ②体内金属の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ③閉所恐怖症の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ④入れ墨、アートメイクの有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

＜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