

玉名地域保健医療センター 検査依頼専用 診療情報提供書

紹介元医療機関の所在地
電話番号
名称

医師氏名 _____ 印

基本情報	フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日	年齢 才
	〒 - 現住所 電話 () -			
	保険情報 保険者番号 記号 番号		(本人・家族) 負担割合 (1割・2割・3割)	
検査内容	検査予約日	平成 年 月 日 () 時から		
	検査種別・部位	<input type="checkbox"/> CT (頭部・顔面・眼窩部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・その他) <input type="checkbox"/> MRI (頭部・顔面・眼窩部・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・骨盤部・その他) <input type="checkbox"/> 超音波 (腹部・甲状腺・乳腺・その他) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 (胃・大腸・その他)		
	具体的指示 ()			
対応	対応	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査+診察(説明)		
	診察(説明)希望の場合	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 神経内科		
	検査結果	<input type="checkbox"/> CD-R(持ち帰り・送付) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要		
検査別チェック	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/> 希望します(普通・緊急) <input type="checkbox"/> 希望しません		
	CT依頼の場合	<input type="checkbox"/> 単純CTのみ <input type="checkbox"/> 単純+造影CT <input type="checkbox"/> 担当医判断 腎機能(3ヶ月以内) BUN (mg/dl) ・ クレアチニン (mg/dl) ・ 未測定		
	MRI依頼の場合	<input type="checkbox"/> 単純MRIのみ <input type="checkbox"/> 単純+造影MRI <input type="checkbox"/> 担当医判断 禁忌事項 ペースメーカー (無・有) 、 人工心臓弁 (無・有) 脳動脈瘤クリップ (無・有) 、 その他の体内金属 (無・有)		
	造影依頼時 チェック	気管支ぜんそく (無・有) 、 アレルギー体質 (無・有) 甲状腺機能亢進症 (無・有) 、 造影剤副作用歴 (無・有・不明)		
診療情報	傷病名			
	紹介目的			
	既往歴及び家族歴			
	症状経過及び検査結果			
	治療経過			
	現在の処方			
備考				

玉名地域保健医療センター 検査依頼専用 診療情報提供書

紹介元医療機関の所在地

電話番号

名称

医師氏名 _____ 印

基本情報	フリガナ	性別	生 年 月 日	年齢
	患者氏名	男・女	明・大 昭・平 年 月 日	才
	〒 -	現住所		
検査内容	保険情報	保険者番号	(本人・家族)	
	記号	番号	負担割合 (1割・2割・3割)	
	検査予約日	平成 年 月 日 ()	時から	
検査内容	検査種別・部位	<input type="checkbox"/> CT (頭部・顔面・眼窩部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・その他) <input type="checkbox"/> MRI (頭部・顔面・眼窩部・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・骨盤部・その他) <input type="checkbox"/> 超音波 (腹部・甲状腺・乳腺・その他) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 (胃・大腸・その他)		
	具体的指示	()		
	対 応	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査+診察(説明) 診察(説明)希望の場合 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 検査結果 <input type="checkbox"/> CD-R(持ち帰り・送付) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 遠隔画像診断 <input type="checkbox"/> 希望します(普通・緊急) <input type="checkbox"/> 希望しません		
検査別チェック	CT依頼の場合	<input type="checkbox"/> 単純CTのみ <input type="checkbox"/> 単純+造影CT <input type="checkbox"/> 担当医判断 腎機能(3ヶ月以内) BUN (mg/dl) ・ クレアチニン (mg/dl) ・ 未測定		
	MRI依頼の場合	<input type="checkbox"/> 単純MRIのみ <input type="checkbox"/> 単純+造影MRI <input type="checkbox"/> 担当医判断 禁忌事項 ペースメーカー (無・有) 、 人工心臓弁 (無・有) 脳動脈瘤クリップ (無・有) 、 その他の体内金属 (無・有)		
	造影依頼時 チェック	気管支ぜんそく (無・有) 、 アレルギー体質 (無・有) 甲状腺機能亢進症 (無・有) 、 造影剤副作用歴 (無・有・不明)		
診療情報	傷病名			
	紹介目的			
	既往歴及び家族歴			
	症状経過及び検査結果			
	治療経過			
	現在の処方			
備 考				