

放射線科画像診断用診療情報提供書

市立長浜病院

外来患者 様式

入院中 ②

入所中

年 月 日

科 先生

紹介元医療機関名・医師氏名		TEL () -
		FAX () -

紹介目的	<input type="checkbox"/> CT検査（単純・造影） <input type="checkbox"/> MRI検査（単純・造影） <input type="checkbox"/> その他（RI等）
	<input type="checkbox"/> 部位 _____
	<input type="checkbox"/> 希望日 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも

チェック項目	妊娠	アレルギー (内容)	●体内金属 (内容)		●入れ墨 (アートメイク含)	検査結果お渡し方法 <input type="checkbox"/> 患者様 手渡し <input type="checkbox"/> ご紹介元へ郵送 ※検査結果は毎週水曜日は後日、郵送になります 長浜病院受診歴 有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		有 ・ 無	
	★ヨードアレルギー	★喘息	★糖尿病	★血糖降下剤	★eGFR又はCre検査値 () (3ヶ月以内の検査日) 年 月 日	
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	

● (MRI時必須確認項目) ★ (造影検査時必須確認項目)

フリガナ				性別
患者氏名	(旧姓)			男 ・ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
住所	〒 -			TEL () -

傷病名				
現在の症状	該当するものに✓をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 生保		
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災		
	<input type="checkbox"/> 自費（保険未加入）			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

①既往歴及び家族歴	②症状経過及び検査結果	③治療経過	④現在の処方

放射線科画像診断用診療情報提供書

市立長浜病院

外来患者 様式

入院中

③

入所中

年 月 日

科 先生

紹介元医療機関名・医師氏名

TEL () -
FAX () -

紹介目的

CT検査 (単純・造影) MRI検査 (単純・造影) その他 (RI等)
 部位 _____
 希望日 月 日 いつでも

チェック項目	妊娠	アレルギー (内容)	●体内金属 (内容)		●入れ墨 (アートメイク含)	検査結果お渡し方法
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		有 ・ 無	
	★ヨードアレルギー	★喘息	★糖尿病	★血糖降下剤	★eGFR又はCre検査値 () (3ヶ月以内の検査日) 年 月 日	※検査結果は毎週水曜日は後日、郵送になります
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		長浜病院受診歴 有 ・ 無

● (MRI時必須確認項目) ★ (造影検査時必須確認項目)

フリガナ				性別
患者氏名			(旧姓)	男 ・ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年	月 日	(歳)
住所	〒	-		TEL () -

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
現在の症状		<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 (保険未加入) <input type="checkbox"/> その他 ()

①既往歴及び家族歴 ②症状経過及び検査結果 ③治療経過 ④現在の処方

--