| 放射線科画像診断用診療依頼書(FAX送信票)□ ス院中 ① | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------|-----------------------------|--------|----|------------|-------|------|----------------------|------------------------|--------|--------------------------------|--------------------|----------|
| □ 入所中 市立長浜病院 地域医療連携室宛 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 紹介元医療機関名・医師氏名 TFI () - | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX () — | | | | | | | | | | | | | |
| 紹 | □CT検査 □部位 <u></u> □希望日 | | 孟(単純 | j • 造颢 | 影) | □MRI | 検査 | (単純 | • 造影) □その他(RI等) | | | | | <u> </u> |
| 介目的 | | | | 月 | | | | | | いつて | つでも | | | |
| チ | | 娠 | アレル (内容 | アレルギー | | ●体内 | | 7金属 | | ●入れ墨 (アートメイク含) | | 検査結果お渡し方法 | | |
| エッ | 有 | 無 | (内容) (内容 有・無 | | | · 有 • 無 | | | 有 | | | |]患者様 口ご約 手渡し 元へ | |
| ク 項 | ★∃ アレ/ | • | ★喘息 | | | 尿病 | ★血粉 | 糖降下剤 | ★6 | ★ eGFR又はCre 検査値 () | | (検査結果) | は毎週2 | 水曜日は |
| | 有 | · 無 | 有 • 無 有 | | | • # | 有 • 無 | | (3ヶ月以内の検査日) 年 月 日 | | | 後日、郵送になります 長浜病院受診歴 有 • 無 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| フ | リガナ | | | | | | | | | (11 | ¬ ## \ | | 性別 | J |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | (It | 3姓) | 男 | • | 女 |
| 生年月日 | | 西暦• | 大・昭・□ | 平•令 | | 年 | | 月 | | | (| | 歳 |) |
| 住所 | | ₹ | _ | | | | | | [| 自宅 | | - | | - |
| | | | | | | | | | ţ | 携帯 | | - | | _ |
| 傷病名 | | | | | | | | | | 該当する | るものに | √ をつけ | てくび | ださい。 |
| 現在の 症状 | | | | | | | | | | □ 健康 | | | | 生保 |
| | | | | | | | | | | 口 交通口 白檀 | | 未加入 | | 労災 |
| | | | | | | | | | | □ そ <i>0</i> | | | |) |
| 市立長浜病院 地域医療連携室 FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 (直通) 68-2345 (直通) TEL (0749) 68-2300 (代表) | | | | | | | | | | | | | | |
| 【受付時間】 ・午前8時30分~午後7時00分(一部検査はのぞく) (毎週木曜日は午後5時00分まで) ・受付後、診察受付票、検査予約票をFAXにて返信します。 | | | | | | | | | | | | | | |

【用紙の使用方法】

- 1) 様式①は、放射線科検査(CT・MRI・RI等)を当院に予約依頼していただく時に患者紹介依頼書としてご記入の上、当院「地域医療連携室」へFAXで送信してください。
- 2)様式②は、診療情報提供書として患者さまが当院へ来院される時にご持参いただくようお願いします。
- 3)様式③は、紹介元医療機関の控えにしてください。

□ 外来患者

様式

| □ 外来患者 放射線科画像診断用診療情報提供書 □ 入院中 市立長浜病院 和 先生 □ 外来患者 □ 入院中 □ 入所中 年 月 | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|--|---|--|--|--|--|
| 紹介元医療 | 機関名 | • 医師氏名 | | | TEL FAX | () | <u> </u> | | | | |
| 紹 介 口部 | CT検査 部位 希望日 | ≦(単純・造 「 | 影) □MR 目 日 | 検査(単 - | 乡純• | 造影) 口その他(RI等)口 いつでも | | | | | |
| デェッ 有 ク ★三 | ・ 無 ・ 無 リード レギー ・ 無 | アレルギー (内容) 有 ・ 無 ★喘息 | (_{内容} 有 ★糖尿病 | か金属 ・ 無 ★血糖降 有 ・ | 無 | ●入れ墨 (アートメイク含) 有 ・ 無 ★ eGFR又はCre 検査値() (3ヶ月以内の検査日) 年 月 日 | 検査結果お渡し方法 □患者様 □ご紹介 手渡し 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 | | | | |
| フリガナ | | 必須確認項目) | ★(造影検査問 | 6必須催認」 | 具目 <i>)</i> | (旧姓) | 性別) 男 • 女 | | | | |
| 生年月日住所 | 西暦• 7 | 大・昭・平・令 — | ; 年 | 月 | | 自宅携帯 | (歳) | | | | |
| 傷病名 現在の 症状 | | | | | | □ 健康保口 交通事 | 故 口 労災 保険未加入) | | | | |
| (1 | 既往歷 | 及び家族歴 | ②症状経過及7 | 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 □ 內原中 □ 入院中 □ 入所中 年 月 | | | | | | | | | | | | = | | |
|--|------------------------------|------|-------------------------------------|----------|-----|-----------|----------|-------------------|----------|------------------------------------|--------------|---------------------------------|------------|------|
| 紹介 | 〕元医療 | 機関名・ | • 医師氏名 | 1 | | | | <u>TEL</u> FA) | | () | | | | _ |
| 紹介目 | □音 | ß位 | 〔単純 | | | □MRI A | —— 検査 | (単純・ | • 造 | | | 他(R _ | l等) | |
| 的 | □希望日 | | | 月 | , | | | | | □ <i>い</i> つ | <i>J</i> C t | う | | |
| チ | 妊 | 娠 | アレル [:] (_{内容} | ギー) | (内容 | ●体区 | 力金属 |) | | ●入れ墨 -トメイク含) | 検査 | 話果お | 渡した | 法 |
| エッ | 有 | 7111 | 有 • | 無 | | 有 | • 無 | | 有 | • 無 | | | ロご約 元へ垂 | |
| ク 項 | ★ヨ アレル | | ★喘息 | 急 | ★糖 | 尿病 | ★血粉 | 語降下剤 | 検査 | eGFR又はCre 値() | 後 | 査結果は毎 日、郵送に | なりま | す |
| | 有 | 無 | 有 • | 無 | 有 | • 無 | 有 | • 無 | (3ヶ 年 | ·月以内の検査日) 月 日 | 長 有 | 浜病院・ | 受診歴 無 | |
| | ●(MRI時必須確認項目) ★(造影検査時必須確認項目) | | | | | | | | | | | | | |
| フ | リガナ | | | | | | •••••• | | | (旧姓) |) | 性 | 別 | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | | | 男 | • 3 | 女 |
| 生年月日 | | 西暦•7 | 大・昭・平 | :•令 | | 年 | J | ∃ | В | | (| 方 | 哉) | |
| 住所 | | ₸ | _ | | | | | | | 自宅 携帯 | | - | - | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | 該当するもの | DIC√? | をつけて | くださ | ٤١١، |
| 現在の 症状 | | | | | | | | | | □ 健康保 □ 交通事章 □ 自費(f □ その他 | 故 呆険未 | [| □ 生(□ 労) | |
| 1 | | 既往歴』 | 及び家族歴 | <u> </u> | ②症状 | 経過及び | 検査結 | 果 | ③治 | 療経過 | | 現在の処 | 上方 | • |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |