放射線科画像診断用診療依頼書（FAX送信票）

□ 外来患者
□ 入院中
□ 入所中

様式 ①

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

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	□患者様手渡し　□ご紹介元へ郵送	
★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（　　）	※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	（3ヶ月以内の検査日）年　月　日	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	〒　　－	自宅　　－　　－ 携帯　　－　　－		

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

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。

R7.1改訂

□ 外来患者　様式
□ 入院中　②
□ 入所中

放射線科画像診断用診療情報提供書

市立長浜病院

科　　先生　　年　　月　　日

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	□患者様手渡し　□ご紹介元へ郵送	
★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（　　）	※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	（3ヶ月以内の検査日）年　月　日	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	〒　　－	自宅　　－　　－ 携帯　　－　　－		

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
現在の症状		□ 健康保険　□ 生保 □ 交通事故　□ 労災 □ 自費（保険未加入） □ 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

□ 外来患者　様式
□ 入院中　③
□ 入所中

放射線科画像診断用診療情報提供書

市立長浜病院

科　　先生　　年　　月　　日

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						検査結果お渡し方法
	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）	
	有・無	有・無	有・無		有・無	□患者様手渡し　□ご紹介元へ郵送
	★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（　　）	※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	（3ヶ月以内の検査日）年　月　日	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	〒　　－		自宅　　－　　－ 携帯　　－　　－	

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
現在の症状		□ 健康保険　□ 生保 □ 交通事故　□ 労災 □ 自費（保険未加入） □ 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