

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)	検査結果はご紹介元へ 後日郵送です。
	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 ()	
	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。
紹介目的		<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 ()

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

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	<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)	検査結果はご紹介元へ 後日郵送です。
	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 ()	
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。
紹介目的		<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 ()

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