

診療情報提供書(検査)

(紹介元医療機関名)

公立碓氷病院 地域連携担当 宛
TEL 027-385-8313(専用)

FAX 027-385-8242(専用)

| | | | | | | |
|---------------------------|---|------|---|---|-----|---|
| 検査予約枠 | 月 | 日() | 時 | 分 | 医師名 | 印 |
| 上記の30分前の来院のご指導をいただければ幸いです | | | | | | |

| | | | | |
|--------------|-------|-----|---|---|
| フリガナ 患者氏名 | (男・女) | 住所 | 〒 | — |
| 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| TEL | | () | | |

| | | |
|---------------------------|-------|----------------|
| 保険情報 (保険外 自倍・労災・公災・その他) | | |
| 保険者番号 | 記号・番号 | 割合 30%・10%・() |
| | | 本人・家族(世帯主) |
| 公費負担者番号 | 受給者番号 | 有効期限 |
| | | ~ |

| | |
|-------|---|
| 種類 | <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> その他() |
| 造影 | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> あり 《 Cr値 _____ 測定日(3ヶ月以内) 年 月 日 》 |
| | *MR造影剤の選択 <input type="checkbox"/> ガドピスト (Gd剤/全身適応) <input type="checkbox"/> EOBプリモピスト (Gd剤/肝臓用) <input type="checkbox"/> ホーステル (MRCP時の経口剤・Cr値/承諾書不要で単純検査扱い) |
| 部位 | *造影剤禁忌項目 喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 造影剤過敏症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 体内金属 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| 検査前処方 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名:) |

| | |
|--------------------------|--|
| 主訴 | |
| 検査目的 / 症状 / 既往歴 / 撮影指示など | |
| ----- | |
| ----- | |
| ----- | |
| ----- | |
| ----- | |
| ----- | |

| | |
|---------------------------------|---|
| 画像CD-Rの配布希望(523円本人負担になります) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 検査結果報告書は作成後、FAXと郵送にて連絡させていただきます | |