

診療情報提供書(検査)

(紹介元医療機関名)

安中市立碓氷病院 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 上記の30分前の来院のご指導をいただければ幸いです	医師名	印
---	-----	---

フリガナ 患者氏名 (男・女)	住所 〒 -
生年月日 大・昭・平・令 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) * 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
部位	
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:)

診断名	
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) 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
---	---