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　外来担当医師　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)	〒　　ー 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	☐ CT　☐ MR　☐ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ　☐ 消化管内視鏡　☐ その他(　)
造影	☐ なし ☐ あり　《 Cr値＿＿＿ 測定日(3ヶ月以内)　年　月　日 》 ＊MR造影剤の選択　☐ ｶﾞﾄﾞﾋﾞｽﾄ (Gd剤/全身適応)　☐ EOBﾌﾟﾘﾓﾋﾞｽﾄ (Gd剤/肝臓用) ☐ ﾎﾞｰｽﾃﾞﾙ (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 ☐なし ☐あり　造影剤過敏症 ☐なし ☐あり
部位	

診断名	
体内金属	☐ なし　☐ あり　(　)
検査前処方	☐ なし　☐ あり　(　薬品名:　)
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)　☐ あり　☐ なし

検査結果報告書は作成後、FAXと郵送にて連絡させて頂きます