送信先 FAX 0125-22-3273 TEL 0125-22-4311
内線 1208 地域医療室
検査依頼は、電話での日程調整後、FAXを送信下さい。
予約票は、依頼元医療機関でご記入後、患者様へお渡し下さい。

（様式1-2）

予約日時	月 日 時 分

診療情報提供書兼検査依頼書

平成 年 月 日

滝川市立病院 地域医療室 宛

【依頼医療機関】
住所 TEL
名称 FAX
医師名

フリガナ		住所	
患者氏名	様 男・女		
生年月日	年 月 日 歳	電話	

依頼検査	検査部位
□ CT （ □ 単純 □ 造影 ）	□ 脳 □ 胸部 □ 上腹部 □ 下腹部 □ 上下腹部
	□ 脊髄・脊椎（部位： ）
	□ その他（ ）
□ RI	□ 骨シンチ その他（ ）
□ MRI （ □ 単純 □ 造影 ）	□ 脳 □ 肩 □ 膝 □ MRCP □ 乳腺
	□ 脊髄・脊椎（部位： ）
	□ その他（ ）
※造影剤ありの場合	□ 前投薬内服あり □ 造影剤投与前後点滴あり

臨床診断	
現病歴・理学所見	
既往歴・手術歴	
関連する検査結果	
検査の目的	
具体的指示	

裏面に続く

<table>
<tr><td rowspan="4">患者の状態</td><td>身長　　cm</td><td>体重　　kg</td><td colspan="5">□ 歩行　□ 車イス　□ ストレッチャー</td></tr>
<tr><td rowspan="2">感染症</td><td colspan="6">□ 未検査　□ 無　□ 有　□ HB　□ HCV　□ TPHA　□ MRSA</td></tr>
<tr><td colspan="6">□ その他(　　)</td></tr>
<tr><td>体内外金属等

※MRI検査のみ記入して下さい</td><td colspan="6">ペースメーカー(MRI非対応)：□ 無　□ 有
ペースメーカー(MRI対応)：□ 無　□ 有
金属製人工心臓弁：□ 無　□ 有
人工内耳・人工耳小骨：□ 無　□ 有
磁石着脱式義眼・義歯：□ 無　□ 有
その他体内埋込型電子機器：□ 無　□ 有
カプセル内視鏡：□ 無　□ 有
入れ墨：□ 無　□ 有
脳動脈クリップ：□ 無　□ 有
体内金属：□ 無　□ 有
妊娠：□ 無　□ 有
手術歴：□ 無　□ 有
その他事項(　　)</td></tr>
<tr><td>要望事項あるいは留意事項</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

《お願い》

●手書きで依頼された場合、判読できない内容がありましたら、お電話することがあります。ご了承ください。