

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。

| | | |
|----|---|---|
| 予約 | 月 | 日 |
| 日時 | 時 | 分 |

診療情報提供書兼検査依頼書

令和 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 | 住所 | |
| 生年月日 | 明大昭平令 年 月 日 歳 | 電話 | |
| 患者の状態 | 身長 cm | 体重 kg | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| | 感染症 | <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他() | |

| | |
|---|---|
| 依頼検査 | 検査部位 |
| <input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 脊髄・脊椎(部位:) <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> RI | <input type="checkbox"/> 骨シンチ その他() |
| <input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 脊髄・脊椎(部位:) |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他() |
| ※造影剤ありの場合 | <input type="checkbox"/> 前投薬内服あり <input type="checkbox"/> 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 | |
| 要望事項あるいは留意事項 | |

※MRI検査の場合は、裏面も記入してください。

※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。

| | | |
|-------------------------|---------------|---|
| <p>MRI検査前の 確認事項</p> | <p>体内外金属等</p> | <p>ペースメーカー(MRI非対応): <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ペースメーカー(MRI対応): <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 金属製人工心臓弁: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 人工内耳・人工耳小骨: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 磁石着脱式義眼・義歯: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 その他体内埋込型電子機器: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 カプセル内視鏡: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 入れ墨: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 脳動脈クリップ: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 体内金属: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 妊娠: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 手術歴: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 その他事項</p> |
|-------------------------|---------------|---|