

内線 4208 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>
-------------------------	---------------	---