

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

(兼 検査依頼書)

はりま病院

先生

紹介元  
医療機関  
医師名

TEL - -

FAX - -

フリガナ		男	明・大・昭・平	受診歴 有・無
紹介患者氏名		女	年 月 日生 ( 歳)	
住所	TEL - -			
紹介目的 (御希望の検査□ に☑を入れ必要事 項を記入して下さい)	① <input type="checkbox"/> 胃ファイバー ② <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー ③ <input type="checkbox"/> CT (部位 <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> CTA ④ <input type="checkbox"/> MRI (部位 <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影)(体重 kg) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP ⑤ <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 (DEXA 法: 2 部位測定) ⑥ <input type="checkbox"/> エコー ( <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 心臓) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 その他 ( ) ※① ②の検査を受けられる方で、抗凝固剤を服用されている方は、お薬の種類をお知らせください。( )			
受診希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望( 月 日 時 分) <input type="checkbox"/> 第2希望( 月 日 時 分) <input type="checkbox"/> 希望日なし			
①診断名 ②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥その他				
★ MRI 検査に必要な項目なので、必ずチェックしてください ◎体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◎ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ( )				
所見	<input type="checkbox"/> 要 (後日郵送: 紙) <input type="checkbox"/> 要 (後日郵送: CD-R に書き込み(+画像))		<input type="checkbox"/> 不要	
CD-R	<input type="checkbox"/> 要 (当日) <input type="checkbox"/> 要 (後日郵送)		<input type="checkbox"/> 不要	
フィルム	<input type="checkbox"/> 要 (当日のみ)		<input type="checkbox"/> 不要	
保険者番号		本人	公費負担者番号	
記号	番号	家族	公費受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日	



はりま病院 検査予約センター

FAX 078-942-5815

TEL 078-942-5489