

(様式2)

## 診療情報提供書 (検査依頼票)

平成 年 月 日

留萌市立病院  
医療連携室 宛  
〒077-8511

留萌市東雲町2丁目16番地  
電話 0164-49-1011  
FAX 0164-42-1735

紹介元医療機関の住所・名称

住所

名称

医師氏名

電話番号

FAX番号

フリガナ		住所	
患者氏名	男・女		TEL ( ) -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	FAX ( ) -	
留萌市立病院の受診歴	有 (受診カードNo. ) ・ 無		

患者様の状態	身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	感染症 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HB・HCV・TPHA・MRSA・その他 )

### ◎臨床所見及び検査目的

### ◎読影依頼有り及び造影検査の場合は、診療扱いとなります。

造影検査については、読影を含めた依頼となります。尚、読影結果は後日郵送いたします。

造影検査～「造影剤問診票」を記入のうえ、患者様にお渡しいただき、検査当日ご持参下さい。

MRI 検査～「MRI問診票」を記入のうえ、患者様にお渡しいただき、検査当日ご持参下さい。

※冠動脈CTについては、検査予約は行っていません。

<input type="checkbox"/> CT	検査部位
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> MRI	検査部位
	検査方法 撮影方向
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流SPECT <input type="checkbox"/> 心筋SPECT (安静のみ)
	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ

※ ガリウムシンチ～検査薬注射し、2日後の撮影になります。

RI検査のフィルムと読影結果は後日郵送になります。

<input type="checkbox"/> 一般撮影	検査部位 ( )
-------------------------------	----------

### ※ 一般撮影、CT(単純)、MRI(単純)の場合ご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 読影依頼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------------------------	-------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> 希望日	
------------------------------	--

・ 枠内の項目をご記入の上、上記へFAXにて送信願います。