

診療情報提供書(検査依頼票)

令和 年 月 日

留萌市立病院  
 患者支援センター 宛  
 〒077-8511  
 留萌市東雲町2丁目16番地1  
 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		〒
患者様氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所 電話 ( ) -
生年月日	年 月 日 ( 歳)	FAX ( ) -
留萌市立病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (受診カードNo. ) <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> その他 )
患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で返事待ち <input type="checkbox"/> 帰宅済み

◎病名

◎臨床所見及び検査目的

検査予約(ご希望の検査の□にチェック願います)

<input type="checkbox"/> X線撮影	検査部位・方向( )
<input type="checkbox"/> CT	検査部位
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ( eGFR.値 ) 45mL/min/1.73m <sup>2</sup> 以下はお受けできません
<input type="checkbox"/> MRI	検査部位
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ( eGFR.値 ) 45mL/min/1.73m <sup>2</sup> 以下はお受けできません
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 脳血流(ECD) <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> 骨シンチ
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	※ 測定領域(腰椎・大腿骨)に人工関節などの金属が挿入されている場合、検査ができない場合があります。

読影	<input type="checkbox"/> 希望する(有料) ※ 希望しない場合は、チェック不要です。
----	--

CT・MRI・RIは、契約画像診断医による読影が可能です。(有料) 読影結果は後日郵送いたします。

◎各検査について、必要書類に記入の上、患者様にお渡しいただき、検査当日にご持参ください。

◎各検査で、患者様の身長・体重が必要となりますので、必ず記入をお願いします。

<input type="checkbox"/> 希望日	令和 年 月 日
------------------------------	----------

・枠内の項目をご記入のうえ、上記FAXにて送信願います。

2024/11 改定