

診療情報提供書(検査依頼票)

令和 年 月 日

留萌市立病院
 地域医療連携室 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)

◎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 (Cre.値) 1.5mg/dℓ以上はお受けできません
<input type="checkbox"/> MR	検査部位
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT <input type="checkbox"/> MIBG SPECT <input type="checkbox"/> ダットスキャン SPECT

- ◎造影検査については、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、読影結果は後日郵送いたします。
- ◎造影検査～「造影剤問診表」を記入の上、患者様にお渡しいただき、検査当日にご持参ください。
- ◎MRI 検査～「MRI問診表」を記入の上、患者様にお渡しいただき、検査当日にご持参ください。
- ◎RI検査については、診療扱いとなります。
- ◎RI検査については、読影を含めた依頼となり、読影結果は後日郵送いたします。

希望日 令和 年 月 日