

画像診断検査(CT・MRI)紹介状(診療情報提供書)

FAX送信後貴院保管

医療法人 岡山画像診断センター

貴医療機関名

診療科

画像診断 担当医

住所

電話番号

担当医

(フルネーム)

印

検査予約日時：平成 年 月 日 時 分

(検査当日は30分前までにご来院ください。)

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日(歳)
患者氏名			身長	cm	体重		kg
患者住所			電話	(自宅)			(携帯)
依頼検査	CT検査 ・ MRI検査		告知の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
病名			造影剤使用	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する			
検査部位							
結果の画像	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> フィルム	返送方法	<input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送			

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方

検査前確認事項

心臓ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり メーカー名及び機種()	腎機能	血清Cr()mg/dl 測定日()
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に()
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()		

(鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります)

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。

FAX.(086) 234-5633

医療法人 岡山画像診断センター TEL.(086) 235-2511