

FAX 0561-73-8542

FAX 送信用・病院提出用(別にカルテ保存用コピーをお取り下さい)

CT ・ 上、下部内視鏡 ・ 超音波 ・ 脳波 検査依頼書兼診療情報提供書


 依頼する検査名を○で囲んで下さい。

| | | | | | |
|--------------------|--|---|---|---|----------------------------|
| 患者氏名(フリガナ) | | 生年月日 | | 性別 | |
| 姓 | 名 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所・電話番号(自宅または携帯電話) | | 愛知国際病院診察券番号(受診歴有の場合): | | 予約希望日 | |
| 住所: | | | | ① | 月 日 |
| 電話: () | | | | ② | 月 日 |
| 造影剤の使用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院に一任 血清クレアチニン検査済みの場合は結果をご記入下さい。 _____ mg/dl (検査日 年 月 日) | | | | |
| 画像のご提供方法 | <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム | | | | |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | |
| 部 位 | <input type="checkbox"/> 頭部 () | | <input type="checkbox"/> 四肢 () | | |
| | <input type="checkbox"/> 頭頸部 () | | <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 () | | |
| | <input type="checkbox"/> 胸部 () | | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎泌尿 <input type="checkbox"/> 生殖 <input type="checkbox"/> 骨盤 () | | | | |
| 診断名 | | | | | |
| 検査目的 病歴等 | | | | | |
| ペースメーカーの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| その他体内金属の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合、部位をご記入下さい→() <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 感染症 | HBS | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | HCV | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | |
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合の内容 () | | | | |

※別紙の造影剤アレルギー問診表と造影剤使用の同意書の記載をお願い致します。

医療機関名

紹介元情報

電 話

診療科

科

F A X

依頼年月日

年

月

日

依頼医サイン

印 (サインが自筆の場合は不要)

医療法人財団愛泉会 愛知国際病院 代表電話番号: TEL 0561-73-7721 FAX 0561-73-8542

記載後、当院へFAXをお送り下さい。当日は本紙を受付へご提出ください。