


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

FAX

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。