

# 診療情報提供書

(医)博愛会 哲翁病院 検査依頼書

平成 年 月 日

貴医療機関名			
紹介医師名			
電話番号	-	-	FAX番号
	-	-	

紹介患者情報			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平
			年 月 日( 歳)
住所		電話番号	- -
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )	手術の既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )

検査項目	依頼される検査名を○で囲み、検査部位にもチェックマークを付けて下さい		
マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 2方向 (CC、MLO)	<input type="checkbox"/> 1方向 (MLO)	
骨塩定量(DXA)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 前腕骨	<input type="checkbox"/> 大腿骨
C T	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
造影検査希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 下段の腎機能検査データを記入下さい		
BUN ( )mg/dl、 クレアチニン( )mg/dl 【採血日】			

造影希望の場合は、CT造影検査問診・同意書に必要事項を記入し、情報提供書と一緒に当院へ提出願います

検査予約日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
【経過及び依頼目的】 具体的指示等もここに記入して下さい			

電話で予約後この用紙をFAXして下さい。また検査当日は、この原本を当院へ提出願います。

検査申込み専用 TEL: 0957-86-5058 FAX: 0957-86-5058