

診療情報提供書

平成 年 月 日

(MRI CT US (超音波) RI MMG 検査申込書)
 (紹介先医療機関名) (紹介元医療機関名)

石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地 医療機関名: _____
 金沢医科大学病院 放射線科 所在地: _____
 地域医療連携部 TEL 076-218-8219 (直通) 担当医: _____ 印
 FAX 076-286-6614 電話番号 FAX _____

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願ひいたします。

※この用紙をFAXまたは郵送する場合は個人情報保護に関して十分な配慮をお願い致します。また、紹介元控としてコピーは必ずおとりのうえご保存ください。

予約時間	平成 年 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 分
フリガナ 患者氏名	様 男・女	連絡先	〒 住所
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳		電話番号 () 自宅・勤務先 携帯電話 - -
現在の所在	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (病棟)	結果報告	1. <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 紙北 [°] -)
保険区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 包括診療		<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的 及び部位			
既往歴及び 家族歴			
経過及び 検査結果			
撮影方法	造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()		
注意事項	・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> メドトロニック製 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 無 ・アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・体内に金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他注意事項 ()		
持参画像	<input type="checkbox"/> X線 枚 <input type="checkbox"/> MRI 枚 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他 (枚)		

*MMG (マングラフィ) は胸部にペースメーカー・シャントチューブ などがある場合はできません 2010/8