

診療情報提供書

【紹介元控・FAX用】

西暦 年 月 日

検査申込書： MR CT US(超音波) RI MMG(マンモグラフィ)

【紹介先】

金沢医科大学病院 放射線科
 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地
 地域医療連携部
 TEL：076-218-8219（直通）
 FAX：0120-076-286

【紹介元】

医療機関名：
 所在地：
 電話番号：
 FAX：
 担当医： 印

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

予約時間：西暦		年	月	日(曜日)	午前・午後	時	分
患者基本情報	フリカナ 患者氏名				旧姓	性別	生年月日 / M・T・S・H・R・西暦
						男・女	年 月 日 (歳)
	住所	〒	都・道 府・県	郡・市 区			
	携帯番号				自宅番号		
診療状況	【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					
	【通院状況】	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (病棟)					
	既往歴及び家族歴						
検査目的 及び 確認事項	経過及び検査結果						
	検査目的及び部位						
	【造影の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	【造影剤使用時の確認】	eGFR値 () Cr値 () /採血日 年 月 日					
	【被爆量の説明】	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族：					
	【ヒグアナイド系糖尿病薬の服用】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	【ペースメーカー埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> メドトロニック製 <input type="checkbox"/> その他：					
	【気管支喘息】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 原則、造影剤の使用は不可となります。					
	【その他アレルギー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名：					
	【体内金属】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 部位：					
【その他】							
【注意事項】	<ul style="list-style-type: none"> MMG(マンモグラフィ)は、胸部にペースメーカーやシャントチューブなどがある場合は撮影できません。 MRI撮影に関して、MRI対応のペースメーカー植込み有の場合、別途相談といたしますので事前にご連絡ください。 						
【持参画像の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> X線 枚、 <input type="checkbox"/> MRI 枚、 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他(枚)					
【結果報告の方法】	1. <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 () 2. <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()						

※この用紙をFAXまたは郵送する場合、個人情報保護に関しての十分な配慮をお願いいたします。

診療情報提供書

西暦 年 月 日

検査申込書： MR CT US(超音波) RI MMG(マンモグラフィ)

【紹介先】

金沢医科大学病院 放射線科
 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地
 地域医療連携部
 TEL：076-218-8219（直通）
 FAX：0120-076-286

【紹介元】

医療機関名：
 所在地：
 電話番号：
 FAX：
 担当医： 印

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

予約時間：西暦		年	月	日(曜日)	午前・午後	時	分
患者基本情報	フリカナ 患者氏名				旧姓	性別	生年月日 / M・T・S・H・R・西暦
						男・女	年 月 日 (歳)
	住所	〒	都・道 府・県	郡・市 区			
	携帯番号				自宅番号		
診療状況	【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					
	【通院状況】	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (病棟)					
	既往歴及び家族歴						
検査目的 及び 確認事項	経過及び検査結果						
	検査目的及び部位						
	【造影の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	【造影剤使用時の確認】	eGFR値 () Cr値 () /採血日 年 月 日					
	【被爆量の説明】	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族：					
	【ヒグアナイド系糖尿病薬の服用】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	【ペースメーカー埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> メドトロニック製 <input type="checkbox"/> その他：					
	【気管支喘息】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 原則、造影剤の使用は不可となります。					
	【その他アレルギー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名：					
	【体内金属】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 部位：					
【その他】							
【注意事項】	<ul style="list-style-type: none"> MMG(マンモグラフィ)は、胸部にペースメーカーやシャントチューブなどがある場合は撮影できません。 MRI撮影に関して、MRI対応のペースメーカー植込み有の場合、別途相談といたしますので事前にご連絡ください。 						
【持参画像の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> X線 枚、 <input type="checkbox"/> MRI 枚、 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他(枚)					
【結果報告の方法】	1. <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 () 2. <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()						

※この用紙をFAXまたは郵送する場合、個人情報保護に関しての十分な配慮をお願いいたします。