

信楽園病院紹介患者FAX送信票

令和 年 月 日

放射線診断科外来専用

地域医療連携室直通		FAX (025) 260-8102		TEL (025) 260-8101		
貴医療機関						
医師ご氏名	先生					
ご住所	〒					
T E L	TEL — —					
F A X	FAX — —					
ふりがな						
患者氏名						
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	性別 男・女	
現住所・電話番号	〒 — — TEL — —					
受診歴	有・無					
当院診察券番号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
※当院診察券番号がお分かりでしたらご記入ください。						
ご紹介目的	※当日は簡単な診察情報提供書をご持参下さい。					
検査希望日	第一希望		月	日	(曜日)	
	第二希望		月	日	(曜日)	
受託検査内容	部位・条件等 (○をお付けください)					
MR検査 単純・造影 ※ご希望されるものに○をお付け下さい ※造影検査を行う場合はあらかじめeGFR値の測定をお願いします {eGFR値の測定が困難な場合は血清クレアチニン値をその他にご記入ください}	頭頸部	甲状腺・副甲状腺・その他 ()				
	胸腹部	胸部・腹部・その他 ()				
	脊椎系	頸椎・胸椎・腰椎/頸髄・胸髄・腰髄/その他 ()				
	骨盤系					
	その他					
※単純検査の場合は太枠のみの記入でかまいません。↓						
*手術クリップ (有・無) *体内金属片 (有・無) (部位と時期) *心臓ペースメーカー (有・無) *体内除細動器 (ICD) (有・無) *心臓人工弁 (有・無) *可動義眼 (有・無) *人工内耳 (有・無) *閉所恐怖症 (有・無) *刺青 (有・無) (部位) *妊娠 (有・無)						
*造影剤アレルギー (有・無) *その他薬剤アレルギー (有・無) *気管支喘息・その他のアトピー性疾患 (有・無) *eGFR値 () ml/min/1.73m以上 [3か月以内の値] (検査日 年 月 日) *その他 ()						
CT検査 単純・造影 ※ご希望されるものに○をお付け下さい ※造影検査を行う場合はあらかじめeGFR値の測定をお願いします {eGFR値の測定が困難な場合は血清クレアチニン値をその他にご記入ください}	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・脊椎・その他 ()					
	※単純検査の場合は太枠のみの記入でかまいません。↓					
	*心臓ペースメーカー・体内除細動器 (ICD) (有・無) *妊娠 (有・無)					
	*造影剤アレルギー (有・無) *その他薬剤アレルギー (有・無) *気管支喘息・その他のアトピー性疾患 (有・無) *eGFR値 () ml/min/1.73m以上 [3か月以内の値] (検査日 年 月 日) *ピグアナイド系経口糖尿病薬の投与 (有・無)・・・有の場合は検査日を含む前後2日間の休薬指示をお願い致します。					
	*その他 ()					

〒950-2087 新潟市西区新通南3丁目3番11号

社会福祉法人 新潟市社会事業協会 信楽園病院 TEL025-260-8200 FAX025-260-8199

令和2年10月改定