

(FAX送信用)

診療情報提供書

年 月 日

新庄徳洲会病院 担当科医師 殿

紹介 医療機関名

所在地

電話番号

新庄徳洲会病院登録番号: _____

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成	性別	男女
患者氏名			年 月 日		
住所	〒 _____ 自宅 () 携帯 ()				
傷病名					
診療経過 検査目的 検査領域 など					
確認事項	ペースメーカー・人工弁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症などの精神的問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	喘息発作の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	体内金属:		妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
造影時	糖尿病薬使用中の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	採血データ(血清クレアチニン値)	mg/dl	
	糖尿病薬名:				

※ 造影の場合、糖尿病薬使用中の有無、採血データ(血清クレアチニン値)も必ず記入をお願いします。

◆ 検査の予約 月 日 :

歯科領域	<input type="checkbox"/> インプラント CT <上顎>		<input type="checkbox"/> インプラント CT <下顎>			
	<input type="checkbox"/> セファロ 2方向 (両手掌含)		<input type="checkbox"/> その他 ()			
CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 眼窩・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 胸椎	()
MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 胸椎	()
US	<input type="checkbox"/> 腹部全般 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他:					
	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> 下肢静脈		

読影所見結果 : 有 無

画像結果 : CD-R フィルム

備考: