

# 診療情報提供書

年 月 日

- ( ) 四日市羽津医療センター
- ( ) 市立四日市病院
- ( ) 菰野厚生病院
- ( ) 県立総合医療センター

科 担当医 宛

紹介元医療機関  
登録医番号

所在地  
名称  
医師氏名  
電話番号  
FAX番号

印

フリガナ		住所			
患者氏名		TEL			
生年月日	年 月 日 ( )歳	性別	男 ・ 女		

保険者番号		記号番号		
資格取得日		有効期限		
被保険者名		続柄	公費負担の有効期限	年 月 日
公費負担医療の受給者番号		公費負担者番号		
検査予約日	年 月 日	検査時間	午前 ・ 午後	時 分頃

検査項目  (該当する項目に○印をつけて下さい)	1. CT:部位 [頭・頸・胸・腹・骨盤・脊椎・四肢・その他( )] 単純・造影 2. MRI:部位 [頭 (MRAあり・なし)・頸・胸・腹・骨盤・脊椎・(頸・胸・腰椎)] [四肢・(上肢・下肢)・その他( )] 単純・造影 3. RI( ) 4. 注腸 5. 胃透視 6. 腹部エコー 7. マンモグラフィ 8. 骨密度 9. 胃カメラ(経口・経鼻) 10. 頸動脈エコー 11. 心エコー 12. トレッドミルテスト 13. ホルター心電図 14. ABI 15. 脳波 16. その他( )
--------------------------------	---

検査依頼目的	1. 臨床診断名:  2. 臨床経過と依頼目的:  3. 既往歴及び家族歴: 4. 特記すべき検査結果: 5. アレルギー(有・無) (有:薬剤 他 ) 6. 消化管検査の依頼の場合:鎮痙剤の使用の可否 ブスコパン(可・否) グルカゴン(可・否) 7. 感染性HB抗原( + ・ - )HCV( + ・ - )梅毒反応( + ・ - )結核症( + ・ - ) 8. MRIの禁忌:無・有 (ペースメーカー・動脈瘤クリップ・その他) 9. 妊娠: 無・有 10. 治療及び現在の処方:
--------	---