

紹介患者事前受付用FAX用紙 《画像診断専用》

令和 年 月 日

安来市立病院 地域連携室 行	
電 話	0854-32-2333
F A X	0854-32-2335

紹介元医療機関名	
科	医師名
電話番号	() -
FAX番号	() -

本人 家族

保険者番号	
記号・番号	
負担割合	1 割 ・ 3 割

公費負担のある方	
負担者番号	
受給者番号	

フリガナ		性別	満年齢	電 話
患者氏名		男・女	満 才	() -

生年月日	明・大 年 月 日	住所	
	昭・平		

受診希望日	第1希望日	令和 年 月 日 () 時 分頃
	第2希望日	令和 年 月 日 () 時 分頃

紹介目的	<input type="checkbox"/> CT (造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 放射線科一任)
	<input type="checkbox"/> MRI (造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 放射線科一任)
	<input type="checkbox"/> その他() *造影剤使用の可能性のある場合 採血日 クレアチニン値 mg/dl ()
検査部位	糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

*CT検査必須	妊 娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	ヨードアレルギー <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*MRI検査必須	MRI造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	心臓ペースメーカー・人工中耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	ブスコパン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	体内金属 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> プレート
	体表金属 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節
	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 刺青	

【依頼内容】	
臨床診断・病名	臨床経過・検査目的

診療情報提供書(なくてもかまいません) 無 有(当日持参)
 折返し、『紹介患者予約受付票』等をFAX致しますので、患者様にお渡しいたきますようお願い致します。