

CT・MRI・骨密度検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

| |
|---|
| 紹介先：汐田総合病院 |
| 〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 総合ケアセンター室（地域連携）行 TEL 045-574-1396 FAX 045-574-1509 |

| |
|------------------------------------|
| 紹介元：保険医療機関 |
| 所在地 医療機関 医師名 印 TEL FAX |

| |
|--------------|
| 予約日時 |
| 年 月 日 曜日 : ~ |

*お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入ください。

| 紹介患者情報 | | | |
|------------|----------|--|---|
| フリガナ 氏名 | 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 | 性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話 | 携帯電話 | | |

| 紹介目的 | |
|---|-----------------------------------|
| 単純CT: <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤 | 単純MRI: <input type="checkbox"/> 脳 |
| 骨密度(DEXA) <input type="checkbox"/> 腰椎・左股関節 左記不可の場合はお知らせください | |
| 希望報告方法: <input type="checkbox"/> 読影不要 ※読影不要の場合でも画像データ(CD-R)は添付いたします。 | |

| 診療情報提供（傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考） | |
|------------------------------|--|
| 病名: | |
| 検査目的: | |
| 既往歴: | |
| 体重: | kg |
| 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ MRI 不可 |
| 妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ () 週 ⇨ 週数によりMRI不可 |
| 人工関節 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ <input type="checkbox"/> チタン製 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 手術名 () 実施日 () |
| 脳動脈クリップ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ () 年 () 月 () 日より中止 |
| 体内の金属・異物 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 部位 () 材質 () |
| 人工心臓弁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 刺青 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 部位 () |

| 現在の処方・その他 |
|-----------|
| |