

汐田総合病院 検査機器共同利用予約申込書（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 患者サポート室（地域連携）行 TEL 045-574-1396 FAX 045-574-1490

紹介元：保険医療機関
所在地 医療機関 医師名 TEL FAX 印

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		

検査項目	単純MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
	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
	内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管 ※ 緑内障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ 胃の手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	超音波	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺
ABI (血圧脈波検査)	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 有所見検査	

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
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
体内の人工物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 部位 () 材質 ()
刺青	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 部位 ()
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ 薬剤 () (月 日 より中止)
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒

現在の処方・その他