

## 診療情報提供書(検査依頼票)

トヨタ記念病院

科 先生

\* 受診希望日:① 年 月 日( ) 医療機関名  
 ② 年 月 日( ) 医師名 印  
 ③ 年 月 日( ) TEL  
 その他希望事項: FAX

《予約確定日: 年 月 日 時 分》※インターネット予約の場合は予約確定日に記入

(フリガナ) 患者氏名	男 女 様	生年月日	明・大 昭・平・令	年	月	日 ( 歳)
住 所	〒 TEL					
勤 務 先	* 保険証は検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。					
放射線検査正当性のインフォームドコンセントをお願いいたします。					口済	
傷 病 名 経 過 及 び 依 頼 目 的	なお、検査後の結果について後日ご連絡をお願いいたします。					
* 右項目に印をつける	検査項目			関連記載事項		
	① CT(単純) □豊田市肺がん検診時チェック			部位【 】		
	② CT(造影) ★			〈略図記入欄〉		
	③ MRI(単純)					
	④ MRA					
	⑤ MRI(造影) ★					
	⑥ RI ⇒ 種類【 】					
	⑦ 経鼻内視鏡検査(上部)			★検査		
	⑧ 内視鏡検査(上部) ★			②、⑤、⑧、⑨は処方内容を下記の記入欄へ記載ください。		
	⑨ 内視鏡検査(下部) ★					
	⑩ 超音波検査			部位【腹部・心臓・その他】		
⑪ その他(項目: )						
造影注:身長( cm)体重( kg)検査( 無・有 ( / )【BUN( )Cr( )eGFR( )】						
ペースメーカー・ICD	有・無	インプラント	有・無	喘息	有・無	
過 敏	ヨード・ガドリニウム・ 無・不明	感 染 症	HB( ) HCV( )	梅毒( )	不明	
妊 娠	有・無	来院方法	独歩・車イス・ ベッド	媒 体	CD・フィルム・不要	
処方内容	抗血小板薬: 抗凝固薬: ビグアナイド系血糖降下剤*:					