

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
受診不可日: 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

患者氏名 (フリガナ) 様 (旧姓)	男・女	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*:					