

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

(フリガナ) 患者氏名	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のみ下記記入 □結果記入も依頼 □自施設で結果記入			部位【 】 〈略図記入欄〉			
	② CT(造影) ★			★検査 ②、⑤、⑧、⑨は処方内容を下記の記入欄へ記載ください。			
	③ MRI(単純)						
	④ MRA						
	⑤ MRI(造影) ★						
	⑥ RI ⇒ 種類【 】						
	⑦ 骨密度測定 部位【 】						
	⑧ 経鼻内視鏡検査(上部)						
	⑨ 内視鏡検査(上部) ★						
	⑩ 内視鏡検査(下部) ★						
	⑪ 超音波検査						
⑫ 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* :						