

検査依頼状 (診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

FAX 055-948-2103 (地域医療連携室)

地域医療連携室

TEL : 055-948-3111代 (内線3550)

ご紹介元

病院

※10~20分以内で折り返し

医院 医師

印

お返事いたします

FAX番号

科 先生

患者氏名

殿 (男 ・ 女)

生年月日 (明・大・昭・平)

年

月

日生

歳

住所

電話番号

検査項目 CT・MRI・その他

検査部位 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・脊椎()・その他()

造影剤使用 有・無

喘息 (有 ・ 無)

腎機能 (良 ・ 不良) Cre () ※3ヶ月以内のデータを記入してください

薬物アレルギー (有 ・ 無)

【注意事項】

- ・MRI検査安全確認書のご提示をお願いします
- ・造影剤の使用にあたっては、MRI検査またはCT検査に関する説明書と同意のご提示をお願いします。

主訴又は病名・症状その他臨床情報を詳しくご記入ください (既往歴、家族歴等)

検査詳細をご希望の場合はご記入をお願いします

当院受診の有無 有・無

受診歴のない場合は、新規に患者さんのカルテを作成し検査予約をさせていただきますので、下記の情報のご提供をお願いします。

保険者番号

(本人・家族)

記号番号

公費負担者番号

1割・2割

公費受給者番号

(コピーで結構です)