

診療情報提供書(CT・MRI検査申込書)

石巻赤十字病院

放射線診断科 担当医 宛

紹介元医療機関名

診療科

担当医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ		性別		生年月日		年		月		日
名前										
住所	〒									
検査の種類 (次のどちらかをお選びください)										
<input type="checkbox"/> CTの検査及び診断					<input type="checkbox"/> MRIの検査及び診断					
造影の有無										
<input type="checkbox"/> 無					<input type="checkbox"/> 有					
検査部位										
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他()										
臨床診断名										
検査目的										
現病歴及び所見(既往歴、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方など)										
●検査に関する確認事項 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込 <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 体内金属異物() <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 整形外科的磁性体治療具 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (クレアチニン値: mg/dl) <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()										
都合の悪い日、曜日があればお書きください										

医療関係者各位

- 1 予約日が決まりましたら、「予約票」「同意書」「検査説明書」を返信します。
- 2 お手数ですが、患者さんへ検査についての説明および同意をいただくようお願いいたします。
- 3 予約当日は「診療情報提供書(原本)」「予約票」「同意書」「マイナンバーカード又は資格確認書」を持参するよう患者さんへ案内をお願いします。
- 4 当検査申込み書に記入する個人情報については、検査に必要な患者登録、検査予約等の業務にのみ利用します。

問い合わせ先 石巻赤十字病院 総合患者支援センター TEL:0225-21-7240(直通)