

# 紹介状

(CT検査依頼書)

令和 年 月 日

(診療情報提供書)

北播磨総合医療センター

担当医 先生

予約希望日 令和 年 月 日 ( )

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名：	科	印
電話番号：	( )	-
FAX番号：	( )	-

フリガナ		旧姓		性別	生年月日
患者氏名		受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳
住所	〒 _____ - _____				
自宅	( ) - ( )	連絡先	( ) - ( )		
主保険	保険者番号		<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族	併用保険	負担者番号
	記号	番号			受給者番号
来院方法	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> ストレッチャー その他特記事項 ( )				
紹介目的	検査 (CT)				
目的臓器 (目的部位)	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 胸部 <input type="radio"/> 上腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 ) <input type="radio"/> 全腹部 <input type="radio"/> 胸腹部 <input type="radio"/> 冠動脈 <input type="radio"/> その他 ( ) 造影 <input type="radio"/> 要 [クレアチニン] _____ ※造影検査を希望される場合、3か月以内の血清クレアチニン値を記入してください。 <input type="radio"/> 不要 ※腎機能が悪い場合は、性・年齢・検査内容等を担当検査室にご連絡ください。				
患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります)	<input type="radio"/> 承諾する	<input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。		
肝障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	感染症	HBs	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
腎障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		HCV	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
アレルギー歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		Wa氏	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
喘息	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		その他	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 ( )	
前回検査	<input type="radio"/> 初診 <input type="radio"/> 再診 ( 年 月 日 ) 所見：				
診断名		主訴			
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」					
結果 (所見)	返送方法 <input type="radio"/> すべて郵送 <input type="radio"/> 所見のみFAX、その他郵送 <input type="radio"/> その他 ( )				

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像 ( )

北播磨総合医療センター 〒675-1392 兵庫県小野市市場町926-250 代表TEL 0794-88-8800

地域医療連携室 FAX番号 (0794) 62-9911

予約受付時間： 平日 9:00~18:30 土曜日 9:00~11:30