

紹介状 (核医学検査依頼書)

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:	()	-
申込担当者:		

フリガナ		旧姓		性別		患者さん予約待ち状況	
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"/> 当院外来にて待機中 <input type="radio"/> 当院入院中 <input type="radio"/> 帰宅の後、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ()	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 年	<input type="radio"/> 大正 年	<input type="radio"/> 昭和 月	<input type="radio"/> 平成 日	<input type="radio"/> 令和 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(核医学)						
検査名	<input type="radio"/> 骨シンチ <input type="radio"/> ガリウムシンチ <input type="radio"/> 腎シンチ <input type="radio"/> 副甲状腺シンチ(MIBI) <input type="radio"/> 副腎髄質(MIBG) <input type="radio"/> 副腎皮質(アドステロール) <input type="radio"/> 心筋シンチ(負荷・安静) <input type="radio"/> 心筋交感神経(MIBG) <input type="radio"/> 脳血流シンチ <input type="radio"/> DATシンチ <input type="radio"/> 唾液腺機能シンチ <input type="radio"/> その他 ()						
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 (直接予約日変更時でも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"/> すべて返送 <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 ()

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)