

紹介状 (診療情報提供書・CT検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

受診希望日	第1	令和	年	月	日 ()
	第2	令和	年	月	日 ()
	その他				

担当医師名:	科	印
電話番号:	()	-
FAX番号:	()	-
申込担当者:		

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ()	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	<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 ()	-
--------	---	---------	---

紹介目的	検査(CT)	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、紹介元を通しての変更をお願いします。

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 <input type="radio"/> 不要 [検査日] 年 月 日	クレアチニン	eGFR	※3か月以内のクレアチニン値およびeGFR値を記入してください。 ※腎機能が悪い場合、eGFR<45は、原則単純撮影をお願いします。 ※eGFR<45の場合でも、造影が必要な場合は、CT室までご連絡ください。	

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 初診 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 行は「Altキー + Enterキー」

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

結果 (所見) 返送方法 すべて返送 所見のみFAX、その他郵送 その他 ()

ビグアナイド系糖尿病薬の服用 服薬なし 服薬有り(休薬必要なし) 服薬有り(前後5日間休薬)

※ 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)