

診療情報提供書(内視鏡/画像検査用)

令和 年 月 日

FAX 0265-26-9690

医療法人輝山会 地域医療総合連携室 行

医療機関の名称

電話番号

医師氏名



患者	フリガナ		生年月日	M	T	年	月	日	男・女
	氏名			S	H				
	住所	〒			TEL 携帯				

検査に至る経過、目的をご教授下さい。

必要な項目にチェックしてください	撮像結果報告		結果報告書、画像	
	<input type="checkbox"/> 読影結果の報告書のみ・ <input type="checkbox"/> ism Link ・ <input type="checkbox"/> CD-R		<input type="checkbox"/> 患者、家族に・ <input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻)			
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡			
	抗凝固剤・抗血小板剤の内服			
	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 薬剤名()			
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー			
	<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 副鼻腔・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 上腹部・ <input type="checkbox"/> 全腹部	
			<input type="checkbox"/> 骨盤部・ <input type="checkbox"/> コロノグラフィー	
	<input type="checkbox"/> CTA		<input type="checkbox"/> 胸部大動脈・ <input type="checkbox"/> 腹部大動脈・ <input type="checkbox"/> 下肢動脈	
	<input type="checkbox"/> MRI頭部		<input type="checkbox"/> MRI頸部	
	<input type="checkbox"/> MRI 軀幹		<input type="checkbox"/> 右肩関節・ <input type="checkbox"/> 左肩関節・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> 右股関節・ <input type="checkbox"/> 左股関節	
			<input type="checkbox"/> 肝臓・ <input type="checkbox"/> 膵臓・ <input type="checkbox"/> 脾臓・ <input type="checkbox"/> 腎臓・ <input type="checkbox"/> 副腎・ <input type="checkbox"/> MRCP	
			<input type="checkbox"/> 膀胱・ <input type="checkbox"/> 前立腺・ <input type="checkbox"/> 精巣・ <input type="checkbox"/> 卵巣・ <input type="checkbox"/> 子宮・ <input type="checkbox"/> 直腸	
	<input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> 脳動脈・ <input type="checkbox"/> 頸動脈	
		<input type="checkbox"/> 胸部大動脈・ <input type="checkbox"/> 腹部大動脈		
		<input type="checkbox"/> 両下肢動脈		
ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		VP シヤント <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	

備考, 上記以外の検査部位、詳細な指示などありましたらご記入ください。