

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

済生会神奈川県病院 宛
FAX 045-432-1118

医療機関の名称
および所在地

電話番号

ご担当医 氏名

地域連携共同
利用検査用

フリガナ
患者氏名

様 : 体重 _____ kg ※

西暦 男性・女性
生年月日 明 大 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

※ 体重は おおよそでも結構ですので必ずご記入ください。

予約日時	月 日 () :	神奈川県病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
------	-----------	---

※ 今回ご予約を頂く検査の種類に○をお願いします。

CT	脳・胸部・腹部・骨盤・その他() 単純撮影 ・ 造影撮影 (造影の際には問診票・同意書・採血データも Fax をお願い致します。)		
MRI	脳・脳 + MRA・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)・上腹部・その他及び四肢 () 単純撮影 ・ 造影撮影 (造影の際には問診票・同意書・採血データも Fax をお願い致します。)		
MRI 検査に関しては下記の項目にご記入をお願いいたします。			
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒MRI 不可	脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒チタン以外 MRI 不可
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 週⇒週数により MRI 不可	体内の金属・異物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 () 材質 ()
人工関節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ステント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 () 材質 ()
人工心臓弁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒検査時には外していただきます。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	刺青	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 ()
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒手術名 () 実施日 ()		
内視鏡 (上部)	生理検査	その他	

病名 (疑い病名、仮病名でも結構ですので必ずご記入ください。)

検査目的

コメント

- * 造影検査の問診票・同意書は当院ホームページより印刷してご使用ください。
- * 造影検査を希望されていても 当院の医師の判断で単純撮影に変更させて頂く場合がございます。
- * その他の検査に関しては 地域医療福祉センターまでご相談ください。

平成 30 年 1 月 11 日更新