

診療情報提供書・検査依頼書(札幌道都病院提出用兼FAX用)

医療法人社団 **札幌道都病院**

平成 年 月 日

住所
〒 065-8555
札幌市東区北17条東14丁目3番2号
TEL 011-731-1155 (代表)
TEL 011-731-5800 (連携室直通)
FAX 011-330-0080 (連携室)

ご紹介先医療機関名称
主治医師名
連絡先

フリガナ 受療様氏名	住所				
(明・大・昭・平) 年 月 日生 (男・女)	(TEL)				
依頼検査	検査日	年 月 日 時 分	投与日(RIのみ)	年 月 日 時 分	
<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・副腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> CTA(心・脳・体幹部・下肢・その他()) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影)	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> MRA(脳・頸部・その他()) <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 関節(肩(右・左)・膝(右・左)・その他()) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 婦人科領域 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> EOB <input type="checkbox"/> SPIO <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 甲状腺(Tc) <input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT <input type="checkbox"/> 心筋 SPECT <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度(DXA)	身長 () cm ・ 体重 () kg				
病名・主訴					
臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の提示					

○下記は必要であればご記入ください。

画像形式	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム (骨密度: <input type="checkbox"/> プリント <input type="checkbox"/> CD)
読影報告	<input type="checkbox"/> 月 日までに郵送 <input type="checkbox"/> 月 日までにFAX

※黒枠内をご記入の上、下記番号にFAXお願いいたします。

FAX(011)330-0080