

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 〒 065-0017 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 011-712-8812 (連携室)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ご紹介 医療機関名称</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>主治医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> </table>	ご紹介 医療機関名称		主治医師名		連絡先	
ご紹介 医療機関名称							
主治医師名							
連絡先							
フリガナ		住所					
患者様氏名		様					
(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 [10分] <input type="checkbox"/> 造影 [15分]	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> その他 ()						
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <small>※MRIは撮影に時間を要するため同日検査は①～④まで1項目です。</small>	① 上腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎) [30分] [肝造影60分] ② 骨盤腔 (<input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺) [30分] ③ 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) [各20分] ④ 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)	[10分] 画像形式 (<input type="checkbox"/> プリント <input type="checkbox"/> CD)						
病名							
臨床経過・検査依頼目的・撮像方法など							
※造影検査時、ご記入お願いいたします。 ありの場合は該当項目に○をつけて下さい。 造影剤副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (嘔気、嘔吐・くしゃみ・発疹・そう痒・その他()) 気管支喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (現在症状あり・治療中で症状なし・治療終了して5年以内) プレドニン処方 <input type="checkbox"/> 処方済み <input type="checkbox"/> 道都病院で処方(月 日 来院)							

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
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)712-8812