

診療情報提供書(検査依頼票)

医療法人純正会 名豊病院

令和 年 月 日

科 先生

《検査希望日》

① 年 月 日 ()
 午前・午後 :
 ② 年 月 日 ()
 午前・午後 :
 〈その他希望事項〉

医療機関名
医師名
TEL
FAX

【ネット予約確定日： 年 月 日 () 時 分】

フリガナ		性別	生年	明・大・昭・平・令
受診者名		男・女	月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -	TEL	自宅 ()	-
			携帯 ()	-
		名豊病院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ID:) (又は豊田新成病院)		
保険情報	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労公災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()			

*** 保険証・お薬手帳を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。**

放射線検査正当性の説明について				<input type="checkbox"/> 実施済	
傷病名 経過及び 依頼目的					
《検査項目》					
<input type="checkbox"/> 単純撮影	<input type="checkbox"/> MRI(単純)	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査			
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 神経伝達検査			
<input type="checkbox"/> CT(単純)	<input type="checkbox"/> MRCP				
<input type="checkbox"/> CT(造影)※下記 造影注を記入	<input type="checkbox"/> MRI(造影)※下記 造影注を記入				
<input type="checkbox"/> 骨塩定量(DEXA法)腰椎+大腿	<input type="checkbox"/> 消化管透視(上部)				
(部位、撮影指示など詳細をご記入下さい)					
造影注	身長(cm) 体重(kg) 検査(無・有 /) [BUN() Cr() eGFR()]				
体内金属	有 (部位:) 手術年: 年) ・ 無				
ハートマーク	有・無	イプラント	有・無	喘息	有・無
感染症	HB()	HCV()	梅毒()	不明	ヨド過敏 有・無・不明
妊娠	有・無	授乳	有・無	媒体	CD・不要
処方	有・無	来院方法	独歩・車椅子・ベッド	PT-INR	有()・無
処方内容	抗血小板薬:		抗凝固薬:		

医療法人 純正会 名豊病院 地域医療連携室

〒473-0913 愛知県豊田市竹元町荒子15

TEL:(0565)53-8700 FAX:(0565)53-5360

【対応時間】 平日 8:30~17:00 (祝日・年末年始を除く)