

診療情報提供書

つつじヶ丘
神代クリニック

記入日 平成 年 月 日

検査予約日時 平成 年 月 日

Tel 042-443-2246

Fax 042-443-2248

時 分より

(紹介元医療機関の所在地及び名称)

(Tel)

医師氏名

印

患者氏名		性別	男 女
患者住所			
電話番号	Tel () 番		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	職業	

(傷病名)	(感染症)
(既往歴、家族歴)	HB (+ -) MRSA (+ -) HCV (+ -) ワ氏 (+ -) アレルギー喘息の有無 (+ -)
(症状経過、紹介及び検査目的)	
(現在の処方)	

検査	CT MRI 超音波 (丸で囲んで下さい)
部位	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 椎体 四肢 その他
詳細	撮影法、部位、具体的指示等 造影 (無 ・ 適宜 ・ 必要)

MR I 検査前医師確認欄 (MR I 検査時のみ。必ずご記入下さい)

心臓ペースメーカー	(+ -)	妊娠 (週)	(+ -)
人工弁	(+ -)	重篤な発作の可能性	(+ -)
外科用クリップ	(+ -)	閉所恐怖症等精神的問題	(+ -)
整形外科的金属	(+ -)	その他の体内金属	(+ -)
()		()	