

診療情報提供書 a (高砂市民病院画像・生理検査依頼用)

(依頼医院控)

ふりがな 患者氏名 :	性別 : 男 ・ 女	依頼者 :
生年月日 : 明・大・昭・平・令 年 月 日		
患者電話番号(なるべく携帯電話)	- -	
高砂市民病院受診歴 :	あり ・ なし	
ID番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	(TEL) - - (FAX) - -

検査目的:  (至急で・予約で)	<b>感 染 症</b> B型肝炎( ) C型肝炎( ) 肝機能障害・肝硬変( ) 輸血(手術・事故等) ( ) Wa-R( ) 結核( ) その他感染症:	ヨード過敏症: 薬物・食物過敏症: ペースメーカー・人工弁( ) 体内金属(磁性体): 動脈瘤クリップ( ) 消化管吻合用クリップ( ) 人工骨頭・関節( ) 妊娠の有無( ) 精神状態( ) 要催眠剤( ) 抗凝固剤使用の有無(有・無) (薬剤名: )
	<b>既 往 歴</b> 緑内障( ) 前立腺肥大( ) 高血圧( ) 排尿障害( ) 糖尿病( ) 腎機能障害( ) 心疾患( ) 肺機能障害( )	

100・CT			200・MRI			300・消化器検査		
101	頭部(ルーチン・後頭蓋・下垂体)	201	301	上部消化管造影				
102	頭部(聴覚器・眼窩・副鼻腔・口腔・咽頭・喉頭)	202	302	バリウム注腸造影				
103	頸部(耳下腺・顎下腺・甲状腺)	203	303	胃ファイバー				
104	胸部(肺・縦郭・胸郭・乳房)	204	304	大腸ファイバー				
105	上腹部(ルーチン・胆・膵・副腎)	205	305	胃瘻カテーテル交換				
106	骨盤部(女性生殖器・膀胱・前立腺)	206	<b>600・骨塩定量</b>					
107	大血管(胸部・腹部)	207	601	腰椎正面+股関節(右、左)				
108	脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)	208	<b>700・エックス線写真</b>					
109	上肢(骨・軟部・血管)・下肢(骨・軟部・血管)	209	701	胸部				
<b>A・単純 B・造影 C・単純+造影 D・特殊</b>			702	M M G				

800・生理検査					
801	腹部超音波	802	甲状腺超音波	803	頸動脈超音波
804	心臓超音波	805	ホルター心電図	807	脳波
808	睡眠時無呼吸症候群検査(簡易型) ※終夜型は地域医療連携室へ				
809	M C V	810	肺機能検査	811	A B I

画像配信 (CD・フィルム・所見のみ)

検査希望日 : ご希望があれば、お知らせください。なお、ご希望に沿えない場合もあるかと思いますが、その時は、ご容赦ください。

いつでも良い	第1希望	第2希望
--------	------	------

コード	方法	予約日時	コード	方法	予約日時
		令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分			令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

○ご紹介患者さまの個人情報の取り扱いについて(高砂市民病院からのお知らせ)

上記情報につきましては、ご紹介患者さまご本人の同意を得たうえで、高砂市民病院検査予約センター(中央放射線室内)までFAX送信いただきますようお願いいたします。高砂市民病院へ提供していただいた情報につきましては、個人情報の保護に関する法律などの規定にもとづき、画像・生理検査に利用を限定しております。

高砂市民病院 検査予約センター(中央放射線室内)

FAX 079-442-3993