

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 JR仙台病院  
 科 担当医 殿  
 紹介元 医療機関名  
 住所  
 医師名  
 TEL FAX

印

|                    |              |             |                      |
|--------------------|--------------|-------------|----------------------|
| 診察予定日時<br>(大腸検査のみ) | 平成 年 月 日 ( ) | 午前・午後       | 時 分                  |
| 検査予定日時             | 平成 年 月 日 ( ) | 午前・午後       | 時 分                  |
| 患者様                | フリガナ         | 性別          | JR仙台病院受診歴 1 有 2 無    |
|                    | 氏名           | 男女          | 生年月日 明・大 昭・平 年 月 日 歳 |
|                    | 住所           | 〒 - TEL - - |                      |

|      |  |
|------|--|
| 傷病名  |  |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> CTの検査及び診断 <input type="checkbox"/> MRIの検査及び診断<br><input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査及び診断 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査及び診断   |
| 部位   | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 大血管<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 造影   | <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ   |

【現病歴・既往歴・病状治療経過・検査所見等(今回の検査目的を具体的にご記入ください)】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

現在の処方：

|                                   |                    |           |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|
| ○ CT・MRIの場合は必ず記入してください。           |                    |           |
| 気管支喘息：有・無                         | 心ペースメーカー：有・無       | HbsAg：+・- |
| 体内金属(MRIの場合)：有・無                  | アレルギー：有・無          | HCV：+・-   |
| 腎機能障害：有・無                         | BUN：_____ Cr：_____ | ワ 氏：+・-   |
| その他 (難聴、四肢固縮など、検査にあたり必要な情報があれば記入) |                    |           |
| [ ]                               |                    |           |