

# 診療情報提供書

西暦 年 月 日

紹介先医療機関名 JR仙台病院

紹介元  
医療機関名

科 担当医 殿

住所

医師名

印

TEL

FAX

診察予定日時 (大腸検査のみ)	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
検査予定日時	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	大・昭 平・令 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	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査及び診断 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査及び診断 (経口・経鼻) ※前回検査は (経口・経鼻)	
CT・MRI	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	造影	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	
	結果	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持ち帰り	※CD-ROMでのご報告になります ※持ち帰りは1時間程度お待ち頂きます
	採血データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※造影時、3カ月以内の腎機能と感染症
内視鏡	安定剤	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
	※経鼻 (胃)、安定剤の使用は患者様の状態等により変更となる場合があります		

【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	クレアチニン：	ワ 氏：+・-
採血年月日： 年 月 日 (※3ヶ月以内のデータ)		
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)		
[ ]		