

# 画像・検査申込書 兼 診療情報提供書

JR仙台病院行き①

西暦 年 月 日

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

診察予約日時 (大腸検査のみ)		年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
検査予約日時		年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
患者情報	フリガナ			性別	JR仙台病院受診歴		有 無
	氏名			男 女	生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日 歳
	住所	〒 - TEL - -					

傷病名							
依頼内容		<input type="checkbox"/> CT検査及び診断 <input type="checkbox"/> MRI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 ※MRIは1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"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <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ヶ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さまの状態等により変更となる場合があります						

【今回の検査目的・病状治療経過・処方等】 (診療情報提供書をFAXいただく場合は記載不要です)

○ 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： <u>                    </u>	ワ氏：+・-

採血年月日： 年 月 日(※3ヶ月以内のデータ)  
 その他 (難聴、四肢拘縮など、検査にあたり必要な情報があれば記入)  
 [ ]

JR仙台病院「検査・診療 受付」  
 TEL 022-380-2317 FAX 022-380-2345

# 画像・検査申込書 兼 診療情報提供書

貴院控②

西暦 年 月 日

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

診察予約日時 (大腸検査のみ)		年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
検査予約日時		年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
患者情報	フリガナ				性別	JR仙台病院受診歴	有 無
	氏名	男	生年 月日	大・昭 平・令	年	月	日 歳
	住所	〒 - - TEL - -					

傷病名							
依頼内容		<input type="checkbox"/> CT検査及び診断 <input type="checkbox"/> MRI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 ※MRIは1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"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <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ヶ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さまの状態等により変更となる場合があります						

【今回の検査目的・病状治療経過・処方等】 (診療情報提供書をFAXいただく場合は記載不要です)

○ 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： <u>                    </u>	ワ氏：+・-

採血年月日： 年 月 日(※3ヶ月以内のデータ)  
 その他 (難聴、四肢拘縮など、検査にあたり必要な情報があれば記入)  
 [ ]

JR仙台病院「検査・診療 受付」  
 TEL 022-380-2317 FAX 022-380-2345