

# 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  
科 担当医

紹介元 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 9 時 20 分	
検査予約日時		年 月 日 ( )		時 分	
患者情報	フリガナ	性別	JR仙台病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	氏名	生年 月日	西暦	年 月 日	歳
	TEL	① - -		② - -	

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 ※前回検査は <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 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			
	血清クレアチニン:	(採血日: 年 月 日 ※3ヶ月以内のデータ) <input type="checkbox"/> 無			
内視鏡	安定剤	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません			
	※経鼻での内視鏡や安定剤の使用については、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の場合は記入してください					
気管支喘息:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	心ペースメーカー:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
腎機能障害:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[ ]	
体内金属(MRIの場合):	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
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