

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
	造影	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影						
	結果	※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