

診療情報提供書(検査依頼票)

医療法人 徳洲会 山内病院

年 月 日

担当医師 宛

TEL 0466-25-2216

FAX 0466-27-7885

紹介元医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

検査日時 月 日 時 分より

医師名：

印

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男・女	年 月 日	歳
住 所	〒 -	電話番号		
		- -		

検 査 区 分

<input type="checkbox"/> CT (単純・単純造影・造影)	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 呼吸機能
<input type="checkbox"/> 超音波 (心臓・腹部・頸動脈・甲状腺・その他)		<input type="checkbox"/> ABI/PWV	

※ MRIは1検査、1部位になります。

部 位	傷 病 名
検査目的	
現在の処方	
既往歴	
症状、治療経過、検査結果、備考	クレアチニン値もしくはeGFR値 () 検査日より3ヶ月以内

MRIの場合は以下の項目にチェックをお願いします

体内金属	有・無 (種類	時期) 有の場合、検査できないことがあります
心臓ペースメーカー	有・無	有の場合、MRI検査不可	
刺青・アートメイク	有・無	やけどの恐れがあるため検査が中断することがあります	
入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	破損の恐れや画質の低下の可能性があります	
妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則禁忌になります	

返却形式 (該当する項目にチェックをお願いします)

<input type="checkbox"/> 通常読影 (翌営業日の12時まで)	<input type="checkbox"/> 至急読影 (2時間以内)	
<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム、CD-Rいずれも不要

※ホルター心電図、呼吸機能、ABI/PWVは、後日紙面にてご郵送します。

診療情報提供書(検査依頼票)

医療法人 徳洲会 山内病院

年 月 日

担当医師 宛

TEL 0466-25-2216

FAX 0466-27-7885

紹介元医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

検査日時 月 日 時 分より

医師名： 印

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男・女	年 月 日	歳
住 所	〒 -		電話番号	
			- -	

検 査 区 分			
<input type="checkbox"/> CT (単純・単純造影・造影)	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 呼吸機能
<input type="checkbox"/> 超音波 (心臓・腹部・頸動脈・甲状腺・その他)		<input type="checkbox"/> ABI/PWV	

※ MRIは1検査、1部位になります。

部 位	傷 病 名
検査目的	
現在の処方	
既往歴	
症状、治療経過、検査結果、備考	クレアチニン値もしくはeGFR値 () 検査日より3ヶ月以内

MRIの場合は以下の項目にチェックをお願いします

体内金属	有・無 (種類	時期) 有の場合、検査できないことがあります
心臓ペースメーカー	有・無	有の場合、MRI検査不可	
刺青・アートメイク	有・無	やけどの恐れがあるため検査が中断することがあります	
入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	破損の恐れや画質の低下の可能性があります	
妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則禁忌になります	

返却形式 (該当する項目にチェックをお願いします)

<input type="checkbox"/> 通常読影 (翌営業日の12時まで)	<input type="checkbox"/> 至急読影 (2時間以内)	
<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム、CD-Rいずれも不要

※ホルター心電図、呼吸機能、ABI/PWVは、後日紙面にてご郵送します。