

診療情報提供書 検査用(FAX送信用)

公立羽咋病院 医療サービス推進室宛 FAX 0767-22-0736

_____科 _____先生

TEL	()
FAX	()
施設名	
医師氏名	

検査予定日 _____年 _____月 _____日 _____時頃

記載日 _____平成 _____年 _____月 _____日

下記の患者様の検査を依頼しますのでよろしくお願いいたします。

* 診療情報提供書は受診時、本人が持参いたします。

フリガナ		明・大・昭・平
患者氏名	男 女	生年月日
住所	〒 _____	電話番号 ()

検査内容

- | | | | |
|-------|--------------|--------------|-------------|
| 1.CT | (検査部位 _____) | 撮影範囲 _____ | 造影剤 有・無・一任) |
| 2.MRI | (検査部位 _____) | 撮影範囲 _____ | 造影剤 有・無・一任) |
| 3.その他 | (検査名 _____) | (検査部位 _____) | |

指示事項

検査目的

臨床所見

～造影剤 有 又は一任の場合～

腎機能障害(有・無)

(* 有・一任の場合はデータ記載又は添付)

投薬内容

抗凝固剤・抗血小板薬 服用の有無 紹介元(有・無) 他院(有・無・不明)

留意事項 HBs抗体・HCV抗体・梅毒反応・MRSA・薬剤アレルギー・その他感染症