

紹介状・診療情報提供書（放射線科 予約申込書）

FAX 082-879-1146

紹介元 医療機関名

広島共立病院 地域医療連室行き

医師氏名

(電話番号)

(FAX)

フリガナ		住所	
氏名	様 (男・女)		
生年月日	M・T 年 月 日 (満 歳) S・H・R	電話番号	() —

広島共立病院受診歴 有 ・ 無

検査名 (○でお囲みください) : CT (単・造)・MRI (単・造)・MMG・その他 ()

部位 (部位、範囲を○でお囲みください)

頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部
骨盤 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎
下肢 (右・左) ・ 上肢 (右・左)
その他 ()

希望日

1. 出来るだけ早く、又は希望しない
2. 希望日・曜日指定がある
⇒ ()

★ MR 検査の場合、必ずご記入ください ★

*体内金属： あり ・ なし
*体重： () Kg
*妊娠の可能性： あり ・ なし
*ペースメーカー埋込み： あり ・ なし

● 留意事項 ●

ペースメーカー埋込みの場合、下段にあるメーカー名にチェックをお願いいたします。また、当日必ずペースメーカー手帳をご持参ください。

★造影の場合、下記をすべてご記入ください

*造影剤使用経験 あり ・ なし
*ヨードアレルギー あり ・ なし
*喘息 あり ・ なし
*甲状腺疾患 あり ・ なし
*糖尿病内服薬 あり ・ なし
薬剤名 ()
*腎機能 Cr 値：() mg/dl

★ ご依頼の先生の判定結果・サインをお願いします

(可・不可) サイン： < >

問診・判定・サインのご記入がない場合、造影検査ができない事もございます。

Medtronic SJM (ST, JUDE MEDICAL) BIOTRONIK 日本光電
 日本ライフライン Boston Scientific その他 ()

検査目的	
主訴又は疾病名	
現病歴 現在の処方など	
既往歴	
要望・留意事項等	

① 保 険	保険者番号																			資格取得	
	記号											本人	② 公費								有限期限
	番号											家族	③ 公費								資格取得
	資格取得											有限期限									有限期限
	被保険者											勤務先	高齢者負担割合	1 割	2 割	3 割					