

藤沢市民病院 宛 (FAX 0466-25-3182)

主保険	保険者番号		記号・番号		1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号		受給者番号		<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故
	1			老人( 割)・乳児・( )	
2			( )		

紹介・診療情報提供書

年 月 日

予約希望	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 普通
都合の悪い日	

紹介医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 住所 〒( - ) \_\_\_\_\_  
 電話番号 - - FAX番号 - -  
 紹介医師名 \_\_\_\_\_

市民病院の受診歴 ある ない

※ 事前にカルテを作成するため下欄へ漏れのないようにご記入ください

藤沢市民病院 診療券番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ			性 別	生 年 月 日	
氏 名			男・女 (M) (F)	明治 (M) 大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H)	年 月 日
現住所	(アパート・マンション名)		電話 ( )		
連絡先			<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子		
依頼検査	単	<input type="checkbox"/> MRI (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> MRアンギオ	<input type="checkbox"/> MRCP	
	純	<input type="checkbox"/> CT (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> 3DCT	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査(DXA)	
造影	造	<input type="checkbox"/> MRI (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> 3DCT	<input type="checkbox"/> CTアンギオ	<input type="checkbox"/> 冠動脈
	影	<b>造影検査の場合、下記の数値を必ず記載ください。(3ヶ月以内の数値)</b> *腎機能(BUN mg/dl, クレアチニン mg/dl) *喘息(有・無)			
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 乳 腺 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> その他( )				

この検査で知りたい画像情報をお知らせください。

医療情報(主訴、経過)

依頼医師チェック項目(あてはまる項目に○を付けてください)

心臓ペースメーカー 脳動脈クリップ 体内の金属 異物 妊娠 閉所恐怖症 安静不可 アレルギー  
 感染症(HB HCV HIV MRSA)

手術の既往(有 無)手術名

妊娠初期放射線被曝防止の為45歳以下妊娠可能な方は当日アンケートにお答えいただきます。  
 検査は、生理開始日より10日以内が安全です。

検査の変更および追加について

検査については藤沢市民病院放射線診断科担当医にらせていただけますか。

任せる  任せない

備考 藤沢市民病院よりFAXにて検査予約票、注意事項票をお送りいたします。



## 紹介・診療情報提供書

年 月 日

紹介医療機関の名称

住所 〒( - )

電話番号 - -

FAX番号 - -

紹介医師名

藤沢市民病院  
診療券番号

フリガナ				性 別	生 年 月 日		
氏 名				男・女 (M) (F)	明治 (M) 大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H)	年 月 日	
現住所	(アパート・マンション名)						
連絡先	電話 ( )						
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子						
依頼検査	単 純	<input type="checkbox"/> MRI (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> MRアンギオ	<input type="checkbox"/> MRCP			
	造 影	<input type="checkbox"/> CT (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> 3DCT	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査(DXA)			
		<input type="checkbox"/> MRI (検査部位をチェック)	<input type="checkbox"/> 3DCT	<input type="checkbox"/> CTアンギオ	<input type="checkbox"/> 冠動脈		
		造影検査の場合、下記の数値を必ず記載ください。(3ヶ月以内の数値)					
		*腎機能(BUN	mg/dl,	クレアチニン	mg/dl)	*喘息 (有・無)	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣	<input type="checkbox"/> その他( )		
この検査で知りたい画像情報をお知らせください。							
医療情報(主訴、経過)							
依頼医師チェック項目(あてはまる項目に○を付けてください)							
心臓ペースメーカー 脳動脈クリップ 体内の金属 異物 妊娠 閉所恐怖症 安静不可 アレルギー 感染症(HB HCV HIV MRSA)							
手術の既往(有 無)手術名							
妊娠初期放射線被曝防止の為45歳以下妊娠可能な方は当日アンケートにお答えいただきます。 検査は、生理開始日より10日以内が安全です。							
検査の変更および追加について							
検査については藤沢市民病院放射線診断科担当医に任せただけですか。							
<input type="checkbox"/> 任せる <input type="checkbox"/> 任せない							
備考 藤沢市民病院よりFAXにて検査予約票、注意事項票をお送りいたします。							