

診療情報提供書 (外来受診・検査依頼用) 年 月 日

フリガナ
患者氏名 (男・女)
明・大
昭・平 年 月 日生 (歳)
電話番号 - -

紹介元医療機関名
医師名
住所
電話番号
FAX番号

- 外来受診依頼
(科 医師)
 検査依頼

希望日
又は希望曜日
都合の悪い日

検査項目	検査部位
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> ヘルコバクターピロリ (呼吸検査…単独の場合は自費になります) <input type="checkbox"/> 下部 ※感染症(HCV、HBs、W氏)情報のFAXをお願いいたします。
<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頚動脈 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> ホルター心電図	※機器返却のため検査翌日に再度来院が必要です。
<input type="checkbox"/> 骨密度	※検査部位は腰椎と大腿骨頸部です。金属等が入っている場合はその部位を避けて検査します。
<input type="checkbox"/> レントゲン	部位:

※以下 MRI・CTについては、単純撮影か造影か、ご希望に○をお願い致します。

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部・頚部(単純・造影) <input type="checkbox"/> 頭部(DWI・MRA含む) <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頚部(MRA含む)
	<input type="checkbox"/> 胸腹部(単純・造影) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺(左・右) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 腹部+MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓(プリモビスト造影剤使用) <input type="checkbox"/> 骨盤腔(前立腺/子宮・卵巣)
	<input type="checkbox"/> 脊椎(単純・造影) <input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
	<input type="checkbox"/> 四肢(単純・造影) <input type="checkbox"/> 肩関節(左・右) <input type="checkbox"/> 肘関節(左・右) <input type="checkbox"/> 手関節(左・右) <input type="checkbox"/> 股関節(左・右) <input type="checkbox"/> 膝関節(左・右) <input type="checkbox"/> 足関節(左・右) <input type="checkbox"/> その他(左・右)
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 下肢動脈・静脈(非造影) <input type="checkbox"/> 下肢MRA(動脈) <input type="checkbox"/> 下肢MRV(静脈) ※造影剤なしで撮影可能です
	<input type="checkbox"/> 頭部・頚部(単純・造影) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頚部(甲状腺含む) <input type="checkbox"/> 頚部大血管CT(頚部動脈)
	<input type="checkbox"/> 胸腹部(単純・造影) <input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胸部大血管CT(胸部動脈) <input type="checkbox"/> 腹部大血管CT(腹部動脈) <input type="checkbox"/> 骨盤大血管CT(骨盤動脈)
	<input type="checkbox"/> 脊椎(単純・造影) <input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 四肢(単純・造影) <input type="checkbox"/> 肩関節(左・右) <input type="checkbox"/> 肘関節(左・右) <input type="checkbox"/> 手関節(左・右) <input type="checkbox"/> 股関節(左・右) <input type="checkbox"/> 膝関節(左・右) <input type="checkbox"/> 足関節(左・右) <input type="checkbox"/> その他(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢大血管動脈CT(下肢動脈) <input type="checkbox"/> 下肢大血管静脈CT(下肢静脈)
	<input type="checkbox"/> 心臓(造影) <input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT

※造影検査の場合は、血中クレアチニン値の結果をFAXしてください。(3ヶ月以内のもの)

※ビグアナイド系の糖尿病治療薬を服用の方は、乳酸アシドーシスの発生リスクのため、検査前後2日間(検査日含め5日間)は休薬が必要です。

主訴・病名・紹介目的	既往歴及び家族歴
症状・治療経過・検査結果	
現在の処方内容	