

紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

依頼先診療科：聖マリア病院（ 科） 希望医師名：（ ）

聖マリア病院の受診歴： 有・ 無

当院の受診歴「有」で患者番号が分かればご記載ください

→ P I D : （ ）

患者氏名	ふりがな（ ）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保険	保険者番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
				記号番号	
生年月日	□ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日		公費	公費番号	職業
				受給者番号	
住所	TEL : () -				

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査のみ ※X線撮影、頭部・胸部の単純CTは即日検査可能です 検査の種類：□ MRI、□ CT (□ 単純 □ 造影)、□ RI、() による精密検査				
紹介元 医療機関	施設名：() TEL : () - 医師名：() 先生				

検査部位	MRI / <input type="checkbox"/> 脳、 <input type="checkbox"/> 脊髄脊椎、 <input type="checkbox"/> 頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部、 <input type="checkbox"/> 腹部、 <input type="checkbox"/> 骨盤部、 <input type="checkbox"/> 四肢、 <input type="checkbox"/> その他 () CT / <input type="checkbox"/> 頭部、 <input type="checkbox"/> 頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部、 <input type="checkbox"/> 上腹部、 <input type="checkbox"/> 骨盤部、 <input type="checkbox"/> 脊椎、 <input type="checkbox"/> その他 () RI / <input type="checkbox"/> 脳、 <input type="checkbox"/> 脳血流、 <input type="checkbox"/> 心筋、 <input type="checkbox"/> 肝、 <input type="checkbox"/> 腎、 <input type="checkbox"/> 骨、 <input type="checkbox"/> 腫瘍、 <input type="checkbox"/> 消化管、 <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査前の チェック項目	アレルギー：□ 有・□ 無 妊娠：□ 有・□ 無 HB：□ +・□ -・□ 不明 HCV：□ +・□ -・□ 不明 ※MRIの場合は以下もご確認ください 手術の経験：□ 有・□ 無 てんかんの発作：□ 有・□ 無 不整脈：□ 有・□ 無 手術の種類：□ 消化管吻合クリップ、□ 鼓室形成術、□ 心臓人工弁、□ 義眼 <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節（強磁性体、セラミック）				

主訴及び傷病名					
既往歴					
症状経過及び治療経過、検査結果等					
現在の処方					

F A X 送信先：0120-75-3351