

診療情報提供書

(画像機器利用)

年 月 日

新潟労災病院
放射線科 御中

FAX番号 025-543-7110
電話番号 025-543-7190

紹介元医療機関名 _____
担当医師名 _____
所在地 _____
TEL _____
FAX _____

患者ID(新潟労災病院で記載します)

ふりがな				TEL	()
患者氏名	男・女			TEL	()
生年月日	明・大 年 月 日生 (歳) 昭・平・令				
御依頼	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査				
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ]				
	<input type="checkbox"/> その他()				
妊娠の可能性 <small>(女性の方のみ)</small>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
造影剤	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ←造影剤使用の場合下記問診とクレアチニン値、別紙同意書が必要です。				
クレアチニン値	(採血日 . .) ※2ヶ月以内の値をご記入下さい。				
〈問診〉 造影剤の使用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 造影剤の副作用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的に) 糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合：ビグナイト系の薬の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 本人の喘息等アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的に) 両親・兄弟のアレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的に) 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 甲状腺能亢進症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
病名・臨床経過・紹介目的・診察を希望する医師名等				骨密度検査部位	
検査部位：				<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 股関節のみ (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
診察希望日	年 月 日 (曜日) 時				
当院受診歴	有・無		有の場合		年 月頃 () 科受診
住所	都・道 郡 府・県 市				
保険証	記号	番号	本人・家族	保険者番号	
①公費	公費番号			受給者番号	
②公費	公費番号			受給者番号	