日本生命病院

精密検査申込書(兼診療情報提供書)

検-2

～外来診療申込は別用紙となります～

年　　月　　日

地域医療総合窓口　あったかサポートセンター
FAX:06-6443-3585　**電話:06-6443-3470(直通)**

紹介元医療機関
名称
所在地
電話
FAX
医師名

診療科
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

受診歴	有 (旧姓:　　)・ 無		
フリガナ		生年月日	大・昭・平・令・西暦 年　月　日 (　才)
氏 名	男 ・女		
住 所	〒　　－ 自宅 (　　) － 携帯 (　　) －		
保険	☐社保　☐国保　☐後期高齢　☐生保　☐その他 (　　)		
言語 (日本語)	☐可能　☐日常会話程度　☐不可(会話できる言語:　　) ※英語・中国語以外の場合は事前にご相談下さい		
紹介目的		症状経過 検査結果 治療経過	
傷病名		既往歴 家族歴	
現在の処方		備考	

☐MRI	部位	☐頭部MRI　☐頭部MRI＆MRA　☐頚部　☐頚椎　☐胸椎　☐腰椎　☐胸部　☐腹部　☐MRCP　☐骨盤 ☐皮下(部位:　　)　☐四肢(部位:　　)　☐股関節　☐その他(　　)
☐ CT	部位	☐頭部　☐頚部　☐胸部　☐胸腹部　☐腹部　☐骨盤　☐四肢(部位:　　) ☐脊椎 (　　)　☐その他(　　) ＊冠動脈CTは外来診察申込書を送付下さい(循環器内科診察後の検査となります)。

必ずチェックお願いします。 ※MRI・CT検査は複数部位の撮影は別日になる場合があります。

MRI／CT 共通	◆造影　☐なし	☐あり	血中クレアチニン値(　　)【検査日　.　.　】※検査予約日から3ヵ月以内 喘息、アレルギー、造影剤副作用歴　☐なし　☐あり →(　　) CT造影のみ:体重　　kg
MRIのみ	◆体内金属　☐なし　☐あり　◆ペースメーカー　☐なし　☐あり　◆人工内耳　☐なし　☐あり		
	◆検査 画像データ (チェックがない場合はCD－R対応となります) ☐ 画像データ不要　☐ CD－R 希望 (後日郵送)　☐ フィルム 希望 (当日患者さん持ち帰り)		

RI	☐脳血流シンチ　☐骨シンチ　☐その他(　　)
骨塩定量	☐骨塩定量
単純撮影(x-p)	☐胸部　☐その他(　　) ※所見はありません。
生理検査	☐腹部エコー ☐甲状腺エコー ☐心エコー ☐頸動脈エコー ☐ABI/PWV ☐下肢静脈エコー ☐膵精密エコー(月PM)
胃内視鏡	☐胃内視鏡
神経伝導検査	☐神経伝導検査
脳波	☐脳波
その他	☐一般・精密肺機能　☐その他(　　)

検査希望日	①　月　日(　)	②　月　日(　)	**その他(曜日指定など)**

(注) この情報は紹介患者さんの診療目的にのみ利用致します。

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。

※受付時間　8:30～19:00(月～金)　9:30～12:30(土)土曜日はFAX対応のみ
FAX は 24 時間稼動。但し、時間外・休日着分は翌日対応

日本生命病院2023.7