

# 診療情報提供書

年  月  日

医療機関名 社会医療法人 大道会 森之宮病院 紹介元医療機関名称

担当科 科御中 所在地

医師 先生 電話番号

医師名 印

患者氏名	殿	性別		
生年月日	年	月	日	歳
患者住所				
電話番号	- - -			

紹介目的

検査  診察  入院

(予約・希望日時) 月 日 曜日 時 分

(現病歴・既往歴・処方内容・検査結果等)

<input type="checkbox"/> CT ( ) <input type="checkbox"/> MRI ( ) <input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 心臓CT(造) セロケン服用 ( )	<input type="checkbox"/> 超音波検査 部位: ( )	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 ( )	<input type="checkbox"/> X線TV室 (胃透視・注腸・DIP)	
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤等内服 ( )	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	
<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 休薬( / ~)・休薬なし	<input type="checkbox"/> 脳波検査	
<input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
確認事項	ペースメーカー ( )	動脈瘤クリップ ( )	手術歴 ( )
	その他の体内金属 ( )	歯科インプラント ( )	まつげエクステンション ( )
	クレアチニン値 ( )	アレルギー:喘息 ( )	薬剤 ( ) 造影剤 ( )
(備考欄)			