

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			
<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 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)			
<div><div><div><input type="checkbox"/> CT () <input type="checkbox"/> MRI () <input type="checkbox"/> MRA</div><div><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎</div><div><input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸椎</div><div><input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腰椎</div><div><input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> その他 ()</div></div><div><div><input type="checkbox"/> 心臓CT (造) セロケン服用 ()</div><div><input type="checkbox"/> 超音波検査 部位：()</div><div><input type="checkbox"/> X線TV室 (胃透視・注腸・DIP)</div><div><input type="checkbox"/> 骨密度検査</div><div><input type="checkbox"/> 脳波検査</div></div></div>			
確認事項	<div><div>ペースメーカー () 動脈瘤クリップ () 手術歴 ()</div><div>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 ()</div><div>クレアチニン値 () アレルギー：喘息 () 薬剤 () 造影剤 ()</div></div>		
(備考欄)			