

診療情報提供書

平成 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

電話番号

医師 先生

医師名 印

患者氏名	殿	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)	男・女
------	---	------	-----------------------	-----

患者住所 電話番号	TEL : ()
--------------	-----------

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 (単・造) <input type="checkbox"/> MRI (単・造) <input type="checkbox"/> X線TV室	<input type="checkbox"/> 超音波検査	
<input type="checkbox"/> 心臓CT (造) <input type="checkbox"/> MRA	(胃透視・注腸・DIP) (部位:)	
〔 頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 胸部 ・ 副鼻腔 ・ 胸椎 腹部 ・ 内耳 ・ 腰椎 その他 () 〕	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (上部・下部)	<input type="checkbox"/> 骨盤計測
	抗凝固剤等内服 (有・無)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 (骨密度)
	休薬 (/ ~) ・ 休薬していない	<input type="checkbox"/> 脳波検査
	<input type="checkbox"/> 誘発電位検査	

検査 確認事項	ペースメーカー (有・無) / 動脈瘤クリップ (有・無) / 手術歴 (有・無) クレアチニン値 () ・ アレルギー: 薬剤 [ピリン (+・-) 抗生物質 (+・-) 造影剤 (+・-)]
------------	---

備考欄	
-----	--