

# 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

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・令 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"/> 心臓CT (造)	<input type="checkbox"/> 超音波検査 (部位: )
<input type="checkbox"/> MRA ( 頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 胸部 ・ 副鼻腔 ・ 胸椎 腹部 ・ 骨盤腔 ・ 腰椎 内耳 ・ その他 ( ) )	セロケン服用 (可・不可) <input type="checkbox"/> X線TV室 (胃透視・注腸・DIP) <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 (骨密度) <input type="checkbox"/> 脳波検査
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (上部・下部) 抗凝固剤等内服 (有・無) 休薬 ( / ~ )・休薬していない

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) その他の体内金属 (有・無) / 歯科インプラント (有・無) / まつげエクステンション (有・無) クレアチニン値 ( ) / アレルギー: 喘息 (有・無) / 薬剤 (+・-) / 造影剤 (+・-)
------------	--

備考欄	
-----	--