

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T V室 (胃透視 ・ 注腸 ・ DIP) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (上部・下部) 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 (DXA 法 ・ MD 法) <input type="checkbox"/> 脳波検査

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) 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	
-----	--