

診療情報提供書

年 月 日

社会医療法人財団
白十字会 白十字病院

紹介元医療機関の
所在地及び名称

担当医 科 先生

電話番号

当院医師への事前連絡 未・済 (医師名:)

医師氏名

印

フリガナ	患者住所
患者氏名 様 (男・女)	電話番号 - -
生年月日 <input type="checkbox"/> T・S・H・R <input type="checkbox"/> 西 暦 年 月 日生 (才)	

依頼目的 診察予約 診察と検査予約 検査のみ予約

希望日時
 第1: 年 月 日 () () 以外を希望
 第2: 年 月 日 () 本日 救急車搬送 (あり・なし)

状態 歩行・車椅子・ストレッチャー・認知症・その他 ()

検査内容 (可能な範囲でご記入ください)

- ・ MRI/CT/RI (部位:)
- ・ 造影 (なし・あり: Cr値 _____ ※造影使用の判断になる為)
- ・ CD不要 (原則お渡ししますので、不要の場合のみチェックして下さい。)

※下記項目で該当するものに○をつけて下さい。

- ・ ペースメーカー (なし・あり: MRI対応の場合、外来受診が必要です。非対応の場合は撮影できません。)
- ・ 気管支喘息・脳動脈瘤クリップ・腎障害
- ・ 体内金属 (なし・あり: 年頃の手術)
- ・ 胃カメラ・大腸カメラ (大腸カメラにつきましては検査日が後日になります。)
- (その他:)

クロスネット ※クロスネット契約済みの医療機関のみご記入下さい。
 同意書取得 (済・説明未・同意されなかった)

傷病名 (既往歴・家族歴)

紹介目的

症状経過

検査結果

治療経過

現在処方

備考
 禁忌の薬剤・検査、告知等について

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。