

共同利用検査 患者情報紹介状(診療情報提供書)

年 月 日

FAX:045-475-0126 (予約電話:045-475-0339)
横浜市総合保健医療センターID:
電話予約について、どちらかに☑を入れて下さい。
<input type="checkbox"/> A: 医師等が電話予約 <input type="checkbox"/> B: 医師等がFAX送信後、患者が後日電話予約

◆申込手順は2通りあります◆

- A 医師等が電話で検査日を予約→この「患者情報紹介状(診療情報提供書)」をFAX→FAXしたページを患者に渡す。
 B 医師等がこの「患者情報紹介状(診療情報提供書)」をFAX→FAXしたページを患者に渡す→患者が電話で検査日を予約する。

貴医療機関	診療科	(担当医師/フルネーム)
TEL. () FAX. ()		

フカナ	検査項目	部位	予約日時
患者氏名:	男・女	CT	月 日 :
		MR	月 日 :
生年月日: 大正 昭和 平成 年 月 日(歳)	RI		月 日 :
	X線撮影		月 日 :
患者住所: 〒	脳波		月 日 :
	心臓超音波		月 日 :
	運動負荷心電図(トレッドミル)		月 日 :
連絡先電話:	宅・携・勤	身長: cm 体重: kg その他:	

検査目的・主症状・指示など、ご記入ください。(投薬中の薬剤などもご記入ください。)

◆MR, CT, RI, X線撮影ご依頼時は、各項目を確認の上、医師のサインをお願いします。

◆<<MR>>

- 妊娠の可能性がある方も、妊娠中の方も、検査できません。
- 閉所恐怖症の方は検査できません。
- 裏面の詳細事項の確認をしました。

(※2枚目裏面の詳細注意事項を、必ずご確認ください)

<MR>検査可能サイン
(担当医師/フルネーム)

◆<<CT>>

- 妊娠の可能性がある方も、妊娠中の方も、検査できません。
- 予約日から1週間以内に消化管検査でバリウムを使用された方は検査できません。
- 心臓ペースメーカーを使用されている方の胸部CTは検査できません。

<CT>検査可能サイン
(担当医師/フルネーム)

◆<<RI、X線撮影>>

- 妊娠の可能性がある方も、妊娠中の方も、検査できません。
- RI検査は授乳中の方も検査できません。

<RI・X線撮影>検査可能サイン
(担当医師/フルネーム)

◆心臓超音波、運動負荷心電図(トレッドミル)ご依頼時は、最近の心電図を添付してください。