

診療情報提供書(共同利用検査用:患者情報紹介状)

送信先 公益財団法人横浜市総合保健医療財団
横浜市総合保健医療センター診療所
共同利用 担当医 宛

FAX 045-475-0126

年 月 日

医療機関名	
所在地	
電話	
診療科	
医師氏名	印

A・Bどちらかに☑を入れて下さい。

- A この用紙のFAX後、医師等が電話予約もする
- B この用紙のFAX後、患者様が電話予約をする

患者氏名		横浜市総合保健医療センターID	
フリガナ		性別	男・女 職業
患者住所	〒		
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	身長	cm 体重 kg

傷病名 (主症状・指示等)	傷病名は必ずご記入下さい。
紹介目的	
既往歴	
家族歴	
症状経過	
検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

MR, CT, RI, X線撮影ご依頼時は、各項目を確認の上、以下にも**医師のサイン(自署)をお願いします。**

予約日時 予約電話:045-475-0339

◆<<MR>> <MR>検査可能サイン

妊娠の可能性がある方も、妊娠中の方も検査できません。 (担当医師/フルネーム)

閉所恐怖症の方は検査できません。

禁忌事項の確認をしました。

◆<<CT>> <CT>検査可能サイン

放射線診療の説明を行い検査の同意を得ています。

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。

◆<<RI, X線撮影>> <RI・X線>検査可能サイン

放射線診療の説明を行い検査の同意を得ています。

妊娠の可能性がある方も、妊娠中の方も、検査できません。 (担当医師/フルネーム)

RI検査は授乳中の方も検査できません。

検査項目	部位	予約日時
CT		月 日 () : ~
MR		月 日 () : ~
RI		月 日 () : ~
X線撮影		月 日 () : ~
脳波		月 日 () : ~
心臓超音波	最近の心電図を添付してください。	月 日 () : ~
運動負荷心電図 (トレッドミル)		月 日 () : ~

◆ RI事前確認時の連絡先(RI検査の方のみ記入)

オナマエカタカナ表記		続柄	
日中の電話番号			

この用紙に医師が自署又は記名捺印してからFAXし、原本は検査当日までに郵送、または患者様にお渡し下さい。