

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

患者ご紹介の際はお手数でもこの用紙に御記入の上、地域医療連携室へFAX送信下さい。

目的にチェック して下さい。

外来受診予約

CF検査 GTF検査

検査（CT・MRI・RI・一般撮影） 読影希望

患者さんが希望される日時

月 日 午前・午後

江別市立病院

地域医療連携室 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

Tel. 382-5151(内線1152)

Fax. 382-8381

紹介日令和 年 月 日

(紹介元)
医療機関

医師名

Tel. () -

Fax. () -

当院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入下さい。

ふりがな
患者名

住所 〒

大・昭 (男・女)
生年月日 平・令 年 月 日生(歳)

連絡先【自宅】Tel. () -
【勤務先】Tel. () -
【自宅】Fax () -

江別市立病院での受診歴 無・有 →

患者カード番号

患者様の状況

外来で待っている すでに帰宅 入院中(退院予定 : 月 日)

資料

無 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム・プレパラート 事前郵送可能 当日持参

希望診療科 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 神経内科 小児科 産婦人科 外科 整形外科
耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 精神科

希望検査項目 CT (単純・ 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 可・ 不可)
 MRI (単純・ 造影) RI検査 一般撮影
 GTF検査 CF検査 その他 ()

CT、MRI造影検査の依頼では、患者さんの服用している薬剤リストを一緒にFAXして下さい。

傷病名

既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付下さい。)

CT検査依頼票

カナ 氏名	診療科(外来・入院)	指示医師	
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance・Dynamic	体重 kg
		患者移動 歩行・車椅子・バット・ストレッチャー	
様	感染症(+・-) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ()		

頭部	脳	腹部	肝臓	胸部	肺
	その他		胆嚢		縦隔
頭頸部	顔面		膵臓		背髄
	眼窩		脾臓	頸椎 (中心に)	
	副鼻腔		腎臓	胸椎 (中心に)	
	側頭骨		副腎	腰椎 (中心に)	
	頸部		骨盤腔	その他 ()	
	甲状腺		その他 ()		
CTA	冠動脈			四肢	上肢 ()
	下肢動脈				下肢 ()
	大動脈		その他 ()		
	その他 ()				

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします) 読影希望

撮影部位		
術式	単純	造影
電子画像管理加算	有	無
CD・DVD		枚

担当技師		
造影剤		数量
イパミド-ル370注射液	100mL 「F」	
イパキ-ル300注射液	100mL 「F」	
オムニハ-ク240注射液	100mL	
ピリス比ノ点滴静注	50 100mL	

医療材料	数量
生食(20ml)	
生食(100ml)	
生食(250ml)	
ミオコルスプレー 0.3mg	
コアベータ注射用 12.5mg	
リナド注2mg(0.4%)0.5mL	