

# 診療情報提供書(検査申込書)

お手数ですが枠内に全てご記入  
いただきFAX送信願います

患者様が希望される日時

月 日 午前・午後

## 江別市立病院

患者支援センター 地域医療連携係 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

電話 011-382-5151 (内線1152)

FAX 011-382-8381 (直通)

申込日 令和 年 月 日

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話 ( ) -

FAX ( ) -

江別市立病院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入ください

ふりがな 患者名	住所 〒
大・昭 生年月日 平・令 年 月 日生( 歳)	電話番号【自宅】( ) - 【携帯】( ) -
江別市立病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 → 患者カード番号 -
当検査について 難病指定の適用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 → 受給者証の病名

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定 : 月 日)
検査項目	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 ) <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> DEXA (骨密度測定検査)
CT,MRI,RIの場合 画像データのお渡し	<input type="checkbox"/> 郵送(通常) <input type="checkbox"/> 患者様に当日お渡し(お急ぎの場合) <input type="checkbox"/> ID-Link同意取得済のため不要 患者様にお待ちいただくことになります

ID-Link同意取得済の場合→

ID-Linkの患者同意書

今回あわせてFAX

提出済み

ID-Link同意の患者様で同意書を未提出の場合は一緒にFAXしてください

※ID-Linkは「江別・南空知地域医療連携ネットワーク」における地域医療連携システムです

傷病名は必ずご記入ください

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ください)	<input type="checkbox"/> 別紙添付参照

# CT検査依頼票

カナ 氏名	様	施設名	指示医師
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance・Dynamic	体重 kg
		備考	

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

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-ル300注射液	100mL 「F」	
ムコハ-ク240注射液	100mL	
ビリス比ソ点滴静注50	100mL	

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