

神戸労災病院宛 診療情報提供書(FAX 検査予約用紹介状)

FAX 送信先：078-231-5926 地域医療推進室

令和 年 月 日

神戸労災病院 宛

【お問合せ先】 地域医療推進室

電話：078-231-5925

医療機関名：

医師名：

住所：

電話・FAX：

フリガナ			M・T・S・H・R
患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 歳
住所	〒		
電話	() -	神戸労災病院受診歴がある場合 患者番号()	
ご希望日	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ いつでもよい		
主訴・臨床診断・検査目的			
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
感染症	HBs(+ - 未) HCV(+ - 未) Wa氏(+ - 未) HIV(+ - 未) その他()		
<input type="checkbox"/> CT	撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> MRI	撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他()		
造影検査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 原則1回1部位の撮影をお願いします。 患者の状態 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 腎透析 (クレアチニン値 mg)		
※別紙造影剤使用に関する説明・同意書・問診票・チェックリストの記入もお願いいたします			
所見返却方法	<input type="checkbox"/> フィルムを希望 <input type="checkbox"/> CD-Rを希望 <input type="checkbox"/> 所見用紙のみ希望		
<input type="checkbox"/> カメラ	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 ※別紙内視鏡検査チェックリスト・抗凝固剤チェックリストの記入もお願いいたします		
<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺		
<input type="checkbox"/> シンチ	<input type="checkbox"/> 運動負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他() 体重 (kg)		
<input type="checkbox"/> 胃ろう	※PEG 交換希望時 現在の種類() サイズ(Fr) 有効長 (cm)		
<input type="checkbox"/> トレッドミル			

MRIをお受けできない方

心臓ペースメーカー 人工内耳 体内神経刺激装置 を使用されている方/仰臥位・安静の困難な方
鎮静の必要な方 意識障害のある方 妊娠中の方

※また、ドレーン、人工骨頭、人工関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、義眼を使用されている方、刺青をされている方は対応できない場合があります。