

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 | | 生年月日 | M・T・S・H・R 年 月 日 歳 |
| 患者氏名 | 男・女 | | |
| 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。 | | | |