**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**

医療機関名：

医師名：

住所：

電話・FAX：

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □　独歩　　　　　　　□車椅子　　　　　　　□ストレッチャー | | | |
| 感染症 | HBｓ( + － 未) HCV( + － 未) Wa氏( + － 未) HIV( + － 未) その他(　　　　　　　　) | | | |
| □　C T | 撮影部位　□頭部　□頚部　□胸部　□腹部　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | |
| □　MRI | 撮影部位 □頭部　□腹部　□頚椎　□胸椎　□腰椎　□その他(　　　　　　　　　　　　 ) | | | |
| **造影検査** | □要　　□不要　　　　　　　　　　　　　　　　　　造影剤使用歴　□有　　□無  ※　原則1回1部位の撮影でお願いします。  患者の状態　　□肝障害　□不整脈　□アレルギー(　　　　　　　　　　　　　)  □腎障害　□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 | □フィルムを希望　　　　　　　□CD-Rを希望　　　　　　　　□所見用紙のみ希望 | | | |
| □　カメラ | □胃　　　　□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 | | | |
| □　エコー | □腹部　　　□心臓　　□頚部　　□乳腺　　□甲状腺 | | | |
| □　シンチ | □運動負荷心筋シンチ　□骨シンチ　□その他(　　　　　　　　)　　体重（　　　　　ｋｇ） | | | |
| * 胃ろう | ※PEG交換希望時　現在の種類(　　　　　　　　　)　サイズ(　　　Fr) 　有効長（　　　cm） | | | |
| □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。 | | | | |