

紹介状 (診療情報提供書・核医学検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

| | | |
|--------|-----|---|
| 担当医師名: | 科 | 印 |
| 電話番号: | () | - |
| FAX番号: | () | - |
| 申込担当者: | | |

受診希望日 令和 年 月 日 ()

| | | | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| フリガナ | | 受診歴 | 性別 | 患者さん予約待ち状況 <input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 () | |
| 氏名 | | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 旧姓 | ※お分かりでしたらご記入をお願いします。 | | | 患者さん来院方法 <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー | |
| 生年月日 | <input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 | 年 | 月 | | 日 |

住所 〒 -

自宅 () - 連絡先 () -

| | | |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介目的 | 検査(核医学) | 患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります) |
| | | <input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。 |

| | | | |
|-----|------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 検査名 | <input type="radio"/> 骨シンチ(SPECT-CT) | <input type="radio"/> 脳血流シンチ(IMP) | <input type="radio"/> 唾液腺機能シンチ |
| | <input type="radio"/> Tc負荷心筋シンチ(運動) | <input type="radio"/> DATシンチ | <input type="radio"/> 甲状腺シンチ(Tc) |
| | <input type="radio"/> Tc負荷心筋シンチ(薬剤アデノシン) | <input type="radio"/> 心筋交感神経(MIBG) | <input type="radio"/> 副甲状腺シンチ(MIBI) |
| | <input type="radio"/> Tc安静心筋シンチ | <input type="radio"/> 腎動態シンチ | <input type="radio"/> その他 () |

| | | | | |
|--------|-------------------------------------------------|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 肝障害 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | 感染症 | HBs | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 |
| 腎障害 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | | HCV | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 |
| アレルギー歴 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | | Wa氏 | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 |
| 喘息 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | | その他 | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 () |

前回検査 初診 再診 (年 月 日) 所見:

診断名 主訴

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像

結果(所見)返送方法 すべて返送 所見のみFAX、その他郵送 その他()

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)