

診療情報提供書（画像診断依頼書）

禎心会さっぽろ北口クリニック提出用

紹介先 社会医療法人 禎心会 禎心会さっぽろ北口クリニック 宛

紹介元

記載日 年 月 日

医療機関名 所在地		電話番号	
診療科		担当医	

患者様情報

フリガナ お名前	様	男・女	電話番号 生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒			
検査日	月 日 () 予約時間 時 分 ~			
■身長	cm	■感染症	無・有	病名 ()
■体重	kg	■体内金属	無・有	種類 ()
■移動	徒歩・杖・車イス・ストレッチャー	■ペースメーカー	無・有	機種 ()

依頼検査内容

<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> M R I
検査部位 ()	検査部位 ()
<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> M R A
<input type="checkbox"/> 造 影 ※血清クレアチニン (mg/dl) ※喘息 (無・有) ありの場合 ■ 治療薬の使用 (無・有) ■ 2年以内の発作 (無・有) 注) 上記どちらかでも有の場合、当院での造影検査はできません。 ※糖尿病薬の使用 (無・有) <input type="checkbox"/> 休薬の説明済み <input type="checkbox"/> 休薬不要	<input type="checkbox"/> 造 影 ※血清クレアチニン (mg/dl) ※喘息 (無・有) ありの場合 ■ 治療薬の使用 (無・有) ■ 2年以内の発作 (無・有) 注) 上記どちらかでも有の場合、当院での造影検査はできません。

※造影検査の場合、血清クレアチニンの値・喘息の有無を必ずご記入ください。

※喘息の場合でも、2年以内の発作がなく、現在投薬治療をしていない場合は、検査可能です。

※CT検査で造影する場合は、必ず糖尿病薬の使用の有無もご記入ください。

診断・経過・検査目的

臨床診断名		
画像出力方法	<input checked="" type="checkbox"/> CD-R ⇒ <input type="checkbox"/> 患者様にお渡し <input type="checkbox"/> 郵送	
郵送の場合の送料は、禎心会さっぽろ北口クリニックが負担いたします。検査結果は原則、翌診療日に発送いたします。		
検査結果をお急ぎの場合は、右記にチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 報告書FAX希望 FAX番号 ()	

この用紙を事前に
FAXしてください

FAX 011-709-1132

TEL 011-709-1131