**診療情報提供書・検査紹介用**

長野市民病院御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **紹介元医療機関**  **紹介医師氏名**  **（住所・電話番号）** | （℡　　　　　　　　　　　） |
| **紹介先診療科**  **医師氏名** | 放射線科担当医　　　　　　　　　　　様 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 男  ・  女 | 生年月日　　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏名 |  | 明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　日 |
| 住所 | （〒　　　　　　） | | |
| （自宅　　　　　　　　　）  （携帯　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病名** |  | | | | |
| Ｘ線ＣＴ検査 | | □単純　　　□造影 |  | 核医学検査 | □骨シンチ　□ガリウム　□甲状腺 |
| ＭＲＩ検査 | | □単純　　　□造影 | □その他（　　　　　　　　　　　） |
| 必要な項目に  チェック | | □画像データを患者さんにお渡し | 画像と報告書は郵送致します | |
| □読影報告書のＦＡＸ送信 | 骨密度検査 | □腰椎正面　□右大腿骨　□左大腿骨 |
| □読影報告書を患者さんにお渡し | 複数選択可・結果は患者さんにお渡しします | |
| * 医療機関へ連絡　　　　　□ 患者さんへ直接連絡　　　　　□ 患者さんから連絡 | | | | | |
| **CT・MRに関しては検査対象部位を下記に記載してください** | | | | | |
|  | | | | | |
| **【病歴・検査目的】** | | | | | |
|  | | | | | |

長野市民病院　地域医療連携室（直通）　FAX：0120-115-295　TEL：026-295-1611

注）画像（CD・読影報告書）は、**普通郵便での発送となり到着までに3営業日程度**お時間をいただきます。至急での発送が必要な場合はお手数でも連絡をお願いいたします。