

# 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)		(TEL )			
紹介先診療科 医師氏名		放射線科担当医 様			
患者情報	フリガナ		男	生年月日	( 歳)
	氏名		・	明・大・昭・平・令	年 月 日
	住所	(〒 )	女		
傷病名					
X線CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	核医学検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺		
MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
必要な項目に チェック	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 読影報告書のFAX送信		骨密度検査	<input type="checkbox"/> 腰椎正面 <input type="checkbox"/> 右大腿骨 <input type="checkbox"/> 左大腿骨	
	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 医療機関へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんへ直接連絡 <input type="checkbox"/> 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。