

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	フリガナ		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		
	氏名	様	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)	自宅電話	: - -	携帯電話

傷病名	
-----	--

<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 上・下顎骨 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上・下肢 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---

<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> 上肢 (部位:) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 下肢 (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()
--	--

必要な項目に チェックして ください	<input type="checkbox"/> 画像データを患者さんにお渡し <input type="checkbox"/> 読影報告書のFAX送信 <input type="checkbox"/> 読影報告書を患者さんにお渡し
--------------------------	--

<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他 () ※画像と報告書は郵送いたします
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎+両大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿骨 ※複数選択可・結果は患者さんにお渡しします
------------------------------	---

ご連絡方法	<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
-------	---

【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。