

診療情報提供書・検査紹介用

長野市民病院 放射線診断科担当医 宛 西暦 年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名	
-------------------	--

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

傷病名	
-----	--

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<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"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
		<input type="checkbox"/> その他 ()

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

結果をお急ぎの方は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"/> 貴院へ連絡 <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】
身長 cm 体重 kg

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。