

## 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		
	氏名	様	生年月日： 西暦 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"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <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"/> 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"/> 造影	<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"/> 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
-------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

<b>【病歴・検査目的】</b>			
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。