

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名  
独立行政法人 指宿医療センター  
国立病院機構

医療機関名  
所在地

科 御中

TEL・FAX

・検査予定日： 月 日 ( )

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒	TEL	( )	
紹介目的				
主訴及び 傷病名				
既往歴 及び家族歴	薬物アレルギー			
病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				

M R I	造影希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします。	C T R I 内 鏡 エ ク ス	造影希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします。
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・脾・腎) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 関節(膝 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRIアンギオ(脳血管) <input type="checkbox"/> MRアンギオ(四肢血管) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腎・後腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	【特記事項：必ずチェックをお願いします】 脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ( ) 体内金属： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ( ) 仰臥位での安静(約1時間)： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 心筋(運動負荷・薬剤負荷) <input type="checkbox"/> 腫瘍ガリウム <input type="checkbox"/> 腫瘍タリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> 脳血流SPECT <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
造影特記事項	1. 造影の既往： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※造影の既往が有りの場合副作用についてチェックをお願いします。 ・副作用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は詳しく ( ) 2. アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. ぜんそく： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. β 庶断薬： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ( ) 6. ビグアナイド系糖尿病薬： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ( ) ※3カ月以内の採血結果の添付をお願いします。		