

診療情報提供書 (検査予約票)

令和 年 月 日

医療機関名
市立札幌病院 御中
(地域医療室 経由)

〒060-8604
札幌市中央区北11条西13丁目
市立札幌病院1階 地域医療室
TEL 707-7705
FAX 707-7706

紹介医療機関
名称
住所
電話番号
FAX番号
医師氏名

印

患者氏名	フリガナ	男・女	被保険者手帳 証	保険者番号									
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)			記号・番号									
患者住所				被保険者の 勤務先	電話 () -								
電話番号	() -			公費負担者番号									
被保険者氏名		被保険者 との続柄		公費負担医療 の受給者番号									
市立札幌病院の受診歴	有 (昭・平・令 年頃) ・無			公費の種類	乳・ひとり親・障・その他()								
				乳・ひとり親・障の場合	(初診時一部負担金・市民税課税)								
				その他	生保・労災・公災・自賠責・(その他)								
				I D カード	有 (No.) ・無								
検査項目	1. C T (部位:) 2. M R I (部位:) 3. 核医学(R I)検査(検査項目:) 4. 超音波検査(部位:) 5. 消化器内視鏡(部位:) 6. ERCP 7. 気管支ファイバー 8. 気管支造影 9. 骨塩定量 10. マンモグラフィ 11. ホルター心電図 12. その他()												
患者の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 身長 cm・体重 kg ①造影剤に対する重篤な副作用・アナフラキシーショックの既往 有・無 ②検査中の呼吸停止 困難・可能 ③妊娠中 有・無 ④腎不全 (eGFR < 30) 有・無 eGFR <u> </u> ml/min/1.73m ² 又は血清クレアチニン値 <u> </u> mg/dl (※3ヵ月以内の採血日・数値をご記入下さい。) 採血日 年 月 日 ⑤気管支喘息 有 (重症・中等症・軽症) ・無 ⑥DM 有・無 (内服薬 有・無) ⑦ペースメーカー・ICD 有 (条件付MRI対応 有・無) ・無 ⑧体内金属 有 (種類) ・無 ※心臓C Tの場合には下記もご記入下さい。 ⑨閉塞性肥大型心筋症 有・無 ⑩重症の大動脈弁狭窄症 有・無 ⑪シルデナフィル・バルデナフィル・タダラフィル服用 有・無 ⑫アレルギー 有 () ・無 ※パワーポートより造影指示 有・無 有の場合は製品のカルテ用シールコピーを診療情報提供書に添付してください。 検査当日製品IDカードを持参するよう患者へ説明してください。												
1. 紹介目的	1. 検査 2. 診断 3. 治療 4. その他 ()												
2. 貴科診断名													
3. 検査目的													
4. 主訴、病歴 臨床所見 他検査所見 及び 腫瘍の 病理組織型 や staging の要約													
5. 備考 患者に関する 留意事項 要望事項													

※ 1～5の事項に関しましては、別紙でご添付頂いても結構です。(要旨のみの記載可)