

診療情報提供書

(C T ・ M R I 検査依頼書)

紹介先医療機関名
〒859-4594 長崎県松浦市志佐町浦免856-1
独立行政法人 地域医療機能推進機構
松浦中央病院
TEL 0956-72-3300 Fax 0956-72-1720
担 当 医 師 宛

西暦: 年 月 日
紹介元医療機関の所在地及び名称
医師氏名 印

フリガナ			生年月日(和暦・西暦)		年齢	性別
患者氏名			年 月 日生		歳	☐ 男 ☐ 女
患者住所				電話番号		
希望検査項目	☐ C T	☐ M R I	検査年月日(西暦)	年 月 日 時 分		
	☐ 単純撮影	☐ 造影剤使用	※ 腎機能不良(eGFR<40)の場合は、原則造影できません。			
検査部位			eGFR		体内金属 ☐ 有 ☐ 無	
			クレアチニン		喘息 ☐ 有 ☐ 無	
画像情報	☐ CD-R 要 ☐ CD-R不要		採血日時(西暦)	年 月 日	アレルギー ☐ 有 ☐ 無	
	☐ レポート 要 ☐ レポート 不要		体重	kg	重篤な肝・腎障害 ☐ 有 ☐ 無	
傷 病 名					感 染 ☐ 有 ☐ 無	
					補 聴 器 ☐ 有 ☐ 無	
紹介目的 ・ 経 過						
前回検査日			検査比較	☐ 要	☐ 不要	

患者説明のお願い

当院では、診療・研究・教育の進歩のため患者様の診療情報(カルテ情報・検査結果・写真等)を匿名化した上で、当院の倫理委員会の承認を得た後、研究目的や学会発表などに使用させて頂くことに御協力をお願いしております。
使用の際には、個人を特定できるような情報が使われることはありません。
不同意の場合は、下記にチェックをお願いします。また、このことにより診療で不利益を受けることは一切ありません。
なお、チェックがない場合は、了承いただいたとさせていただきます。

【 ☐ 了承しない 】

予約や検査に関するお問い合わせは 【 TEL : 0956-72-3300(代表) 】