

診療情報提供書（医療機器共同利用）

平成 年 月 日

国際医療福祉大学塩谷病院 御中
(地域医療連携室)

〒329-2145 栃木県矢板市富田77
TEL. 0287-44-2722
FAX. 0287-43-4788

依頼医療機関

所在地

医療機関名

電話番号 ()

F A X ()

医師氏名 _____ ㊟

フリガナ			明・大・昭・平		
患者氏名		生年月日	年 月 日	日生	男・女
			(歳)		

検査希望項目 ※造影 (有り・ 無し)

1. MRI (部位:)	2. C T (部位:)
3. R I (部位:)	4. ESWL (部位:)
5. 骨密度測定	6. マンモグラフィー
7. 血管造影	8. C R

備 病 名	
紹 介 目 的	
既 往 歴 及 び 家 族 歴	
症 状 ・ 治 療 経 過 及 び 検 査 結 果	
現 在 の 処 方	
患 者 の 状 態	1. 身長 (cm) 2. 体重 (kg) 3. 歩行可・車椅子・ストレッチャー 4. 感染症 (未・無・有 / HB / HC / TPHA / MRSA / 他) 5. 体内外金属 (無・有) 6. 腎機能異常 (無・有) 7. 薬剤過敏 (無・有) 8. 造影剤過敏 (無・有)
備 考	※国際医療福祉大学塩谷病院 受診歴 (有・無)