

診療依頼票 アイソトープ検査(FAX送付票)

| | | | |
|---------|--------------|------------|----------|
| FAX送信日 | 年 月 日() | 検査日 | 年 月 日() |
| フリガナ | | 明・大・昭・平・令 | |
| 患者氏名 | | 年 月 日生(歳) | 性別 男・女 |
| 住所・電話番号 | 〒 (TEL - -) | | |

| | | | | | |
|------|-------|-------|------|-------|--|
| 保険情報 | 保険者番号 | | 公費番号 | 市町村番号 | |
| | 記号・番号 | | | 受給者番号 | |
| | 被保険者名 | | 福祉医療 | 負担者番号 | |
| | 続柄 | 本人・家族 | | 受給者番号 | |

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院

放射線科

担当医 _____ 先生

所在地

医療機関

電話・FAX

医師氏名

印

※下記項目に記載をお願いします。

| | | | | |
|----------|---|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 検査名 | 腫瘍炎症シンチ(ガリウムシンチグラフィ) | | | |
| 臨床診断名 | | | | |
| 臨床経過 | | | | |
| および | | | | |
| 検査目的 | | | | |
| 妊娠 | <input type="checkbox"/> 有 | | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 施行した画像診断 | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> その他() |
| 移動介助 | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。) | | | |
| 身長/体重 | cm | | kg | |
| その他注意点 | | | | |