



紹介患者様 診療・検査申込書

令和 年 月 日

舞鶴医療センター地域医療連携室 宛

★紹介元医療機関

(0773-68-9226)

貴医療機関名		貴医師名	
住所	〒		
TEL		FAX	

★紹介患者様情報

ふりがな		性別		生年月日	大正・昭和	年	月	日生
氏名		男・女			平成・令和			
住所	〒				年齢	()	歳	
患者状況	受診第1希望日	令和	年	月	日	()	時	無
貴院待機中・不在	受診第2希望日	令和	年	月	日	()	時	

★診療

希望診療科： _____ 科 診療情報提供書 参照

希望医師有： _____ 医師 ・ 無

<診療依頼目的>

★消化器内科検査

★生理機能検査

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> F	検査時の付添い	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 波	検査時の付添い	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> F						

★放射線科検査

検査部位： 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 四肢 ()

検査種別 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()

<input type="checkbox"/>	CT 単純
<input type="checkbox"/>	CT 造影
<input type="checkbox"/>	MR 単純
<input type="checkbox"/>	MR 造影
<input type="checkbox"/>	RI 検査

※ MR検査を依頼される場合は、「MR検査同意書(問診票)」を添付してください。

造影検査を依頼される場合は、「造影剤を使用する検査のための問診票および同意書」を添付の上、下記について必ずご回答願います。

・血清クレアチニン値： _____ (3ヶ月以内)

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

別紙検査結果 参照 当日結果持参

・患者様は現在、糖尿病のお薬を飲んでおられますか？

いいえ 飲んでいる (薬の名まえ： _____)

・患者様は気管支喘息であると診断されたことがありますか？

いいえ はい (気管支喘息であると造影剤禁忌です)

希望画像媒体	<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 当日持ち帰り
		<input type="checkbox"/> 画像のみ当日持ち帰り (読影レポートは後日)
		<input type="checkbox"/> 後日郵送

身長 _____ cm

体重 _____ kg