

医療機器共同利用申込書（診療情報提供書）

(様式3)

宛先（送信先） 〒053-8567 苫小牧市清水町1丁目5番20号 苫小牧市立病院 患者サポートセンター 電話番号 0144-84-0158（直通） FAX番号 0144-33-4678（直通）		作成月日 年 月 日	
		ご紹介元 医療機関名	
		医師ご氏名	
		電話番号	
		FAX番号	

フリガナ		(旧姓)	生年 月日	年 月 日	性別	
患者氏名						
住 所	〒					
電話番号	自宅		自宅以外の連絡先			
当院の受診歴			当院 I D 番号（確認できる場合）			

受診希望日	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ころ
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ころ
	その他	年 月 日 ()	時 分 ころ

依頼内容	どちらか該当する方にチェックしてください		
	☐ 検査のみのご依頼	（造影剤を用いる検査は対象外。[検査＋読影のご依頼]としてお申込みください）	
	☐ 検査＋読影のご依頼	（読影報告書を希望する場合 及び 造影剤を用いる検査を実施する場合が該当）	
検査の目的			
診断名			
既往歴 症状経過など			
患者さんの 状態	ADL ☐ 歩行可能 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー 感染症 ☐ 有 () ☐ 無		
	薬剤過敏 ☐ 有 ☐ 無	アルコール過敏 ☐ 有 ☐ 無	造影剤過敏 ☐ 有 ☐ 無
	腎機能 (クレアチニン値 採血日 年 月 日)		

検査項目	詳細
MRI	方法 ☐ 造影剤あり ☐ 造影剤なし
	部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ その他 ()
	※ 注意事項（該当する場合、必ずチェックしてください） ➡ ☐ ペースメーカー ☐ 体内金属 ☐ スtent
CT	方法 ☐ 造影剤あり ☐ 造影剤なし ➡ 造影剤ありの場合：ビグアナイド系糖尿病薬の内 (☐ あり ☐ なし ☐ 不明)
	部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 歯科インプラント ☐ その他 ()
RI	☐ 骨シンチ ☐ 心筋シンチ ☐ 脳血流シンチ ☐ その他 ()
エコー検査	☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ その他 ()
その他検査	☐ マンモグラフィー ☐ 骨密度 ☐ セファロ ☐ その他 ()
特記事項	