診療情報提供書(患者分)

紹介先医療機関等名　仙台星陵クリニック(予約直通273-3141)

放射線科　宮澤英充殿　　　年　　月　　日

**受付**予約日時

病院名

所在地

氏名

電話

紹介元

　　　年　　月　　日(　　)

印

検査開始時間ではありません。

午前・午後　　　時　　分

　大・昭・平・　　　年　　月　　日(　　　歳)

性別

電話番号

職業

傷病名

□　フィルム　□ ＤＶＤ-Ｒ　□ ＭＭＷＩＮ　□ 画像不要　※読影レポート原則添付

　　月　　　日(　　　) □ 午前　□ 午後　：　□ 指定なし(出来上がり次第送付)

( 紹介先判断・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

( ひだり・ みぎ )　( 肩・肘・手・股・膝・足)関節、( 　　　　　　 )

　　　　　　)

( 頚部・ 胸・ 腹・ 骨盤・ＭＲＣＰ・ ＭＲＡ(　　　　　　　)・ 頸椎・ 胸椎・腰椎 )

( 脳・下垂体・眼窩・ 内耳道・副鼻腔・ 顎関節・ 　　　　　　　　　　　　)

( 単純のみ・ 単純と造影・ 星陵クリニック判断 )

(　　ＸＣＴ・ＭＲＩ)の検査及び診断

紹介目的

単純と造影

検査部位

撮影希望など

受取希望日

提供方法

様

患者氏名

患者住所

生年月日

　男・　女

(症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)

**今回の検査目的と画像診断に必要な情報**

**既往歴及び家族歴**

星陵クリニックの検査歴

検査部位の手術歴

体内常磁性金属

**◎造影剤使用時の場合**

気管支喘息

薬剤等アレルギー歴

βブロッカー使用

糖　　尿　　病

(CT造影の場合の必要情報)

血清クレアチニン値

(　無・有　)(手術名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

ＨＢｓＡｇ

ＨＣＶＡｂ

ワ氏

心ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ

◎MRIのとき

脳内ｸﾘｯﾌﾟ

(　－・＋・不明　)

(　無・有　)(具体名　　　　　　　　　　　　)

(　－・＋・不明　)

(　－・＋・不明　)

(　無・有　)(内容　　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

(　無・有　)

(　無・有・不明　)

メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット配合錠

メトホルミン塩酸塩錠・その他

)

(

治療薬名

(　無・有・不明　)

(　　　　　mg/dl)(検査日　　　　年　　月　　日)

Kennsa

Bi

備考　1.　必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

　　　2.　必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

　　　3.　紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、

　　　　　保健所名等を記入して下さい。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

診療情報提供書(医療機関控)

紹介先医療機関等名　仙台星陵クリニック(予約直通273-3141)

放射線科　宮澤英充殿　　　年　　月　　日

**受付**予約日時

病院名

所在地

氏名

電話

紹介元

　　　年　　月　　日(　　)

印

検査開始時間ではありません。

傷病名

□　フィルム　□ ＤＶＤ-Ｒ　□ ＭＭＷＩＮ　□ 画像不要　※読影レポート原則添付

　　月　　　日(　　　) □ 午前　□ 午後　：　□ 指定なし(出来上がり次第送付)

( 紹介先判断・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

( ひだり・みぎ )　( 肩・肘・手・股・膝・足)関節、( 　　　　　　 )

　　　　　　)

( 頚部胸・腹・骨盤・ＭＲＣＰ・ＭＲＡ(　　　　　　) ・頸椎・胸椎・腰椎 )

( 脳・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・顎関節 　　　　　　　　　　　　　)

( 単純のみ・単純と造影・星陵クリニック判断)

(　　ＸＣＴ・ＭＲＩ)の検査及び診断

紹介目的

単純と造影

検査部位

撮影希望など

受取希望日

提供方法

性別

電話番号

職業

大　・　昭　・　平　　　年　　月　　日(　　　歳)

様

男・女

患者氏名

患者住所

生年月日

午前・午後　　　時　　分

(症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)

**今回の検査目的と画像診断に必要な情報**

**既往歴及び家族歴**

星陵クリニックの検査歴

検査部位の手術歴

体内常磁性金属

**◎造影剤使用時の場合**

気管支喘息

薬剤等アレルギー歴

βブロッカー使用

糖　　尿　　病

(CT造影の場合の必要情報)

血清クレアチニン値

(　無・有　)(手術名　　　　　　　　　　　　)

(　無・有 )

(　－・＋・不明　)

ＨＢｓＡｇ

ＨＣＶＡｂ

ワ氏

心ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ

◎MRIのとき

脳内ｸﾘｯﾌﾟ

(　無・有　)(具体名　　　　　　　　　　　　)

(　－・＋・不明　)

(　－・＋・不明　)

(　無・有　)

(　無・有・不明　)

(　無・有　)(内容　　　　　　　　　　　　　)

(　無・有　)

メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット配合錠

メトホルミン塩酸塩錠・その他

(

)

治療薬名

(　無・有・不明　)

(　　　　　mg/dl)(検査日　　　　年　　月　　日)

Kennsa

Bi

備考　1.　必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

　　　2.　必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

　　　3.　紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、

　　　　　保健所名等を記入して下さい。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。