

# 検査診療情報提供書 I

平成 年 月 日

医療法人愛和会  
金沢病院 御中

御 紹 介 施 設	所在地
	施設名
	医師名
	TEL/FAX

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
患者氏名		性別	(男・女)		才	
		TEL				

必要な項目（検査項目、検査部位、撮影方法）をチェック、ご記入してください。

検査日時；		月	日	時	分
<input type="checkbox"/> CT 【 単純のみ ・ 造影のみ ・ 単純+造影 】 《 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ DIC-CT ・ その他 ( ) 》 *造影 CT 検査の場合は別紙、問診票の記入が必要です。 *DIC-CT は造影検査になります。					
<input type="checkbox"/> 消化管造影 【 食道・胃・十二指腸 】 *食道胃の場合：ブスコパンの使用 ( 可 ・ 否 ) *否の場合はグルカゴンを使用します。					
<input type="checkbox"/> 骨密度 *前腕測定					

既往歴、傷病名、検査の詳細や検査目的等をご記入ください。

結果説明はどちらで行いますか？ 【 貴院 ・ 金沢病院 (希望医師名： Dr.) 】

結果出しについてお選びください。

所見用紙のみ       検査画像のみ ( CD-R ・ フィルム )  
 所見用紙と検査画像 ( CD-R ・ フィルム )       他の希望 ( )

※画像提供：①CT 検査；CD-R (無料) \*フィルムをご希望される場合は別途一律 500 円/枚 要  
 ②消化管造影；レトゲンフィルム、 ③骨密度；専用用紙 での提供となります。

医療法人愛和会 金沢病院

H21.7 改訂

〒657-0057 神戸市灘区神ノ木通 4 丁目 2-15      TEL 078-871-9001 (代)      FAX 078-805-5740