

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人新さっぽろ脳神経外科病院
 医療相談室 行
 〒004-0031
 札幌市厚別区上野幌1条2丁目1-10
 電話：011-891-7531（直通）
 FAX：011-891-7531（直通）

紹介元医療機関	
医師氏名	科 ④
連絡先： _____	

フリガナ		性別		住所	〒
患者氏名		男 ・ 女			
生年月日	年 月 日	電話		携帯	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

希望検査	撮影方法
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> T2強調 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> 拡散強調（DWI） <input type="checkbox"/> VSRAD
<input type="checkbox"/> R I	<input type="checkbox"/> 認知症SPECT <input type="checkbox"/> DAT - Scan <input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチ

検査目的 * MRIとRIを同時に検査予約することはできません。

検査に対する日時希望	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	希望	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	曜日指定	曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	希望

臨床経過

既往歴

感染症	HBV	HCV	ワ氏	その他
身長	cm	体重	kg	
アレルギー体質	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(造影剤、抗生剤、その他)			手術歴
ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
その他注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ペースメーカー、その他)			

●被保険者証、公費負担受給者証のコピーの添付をお願いします。コピーがない場合、下記にご記載ください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 特疾	負担者番号	受給者番号

*本票をFAXでご提出ください。検査日が決定しましたら予約票を返信いたします。