診療情報提供書　検査用（FAX 送信用）

河北中央病院　医療サービス室宛　　FAX　076-289-2188

科　　先生

TEL	(　　)
FAX	(　　)
施設名 医師氏名	

検査予定日	年　月　日　時頃

記載日　　平成　年　月　日

下記の患者様の検査を依頼しますのでよろしくお願いいたします。

＊診療情報提供書は受診時、本人が持参いたします。

フリガナ		明・大・昭・平
患者氏名	男・女	生年月日
住　所	〒	電話番号　　(　　)

検査内容

1. ＣＴ（検査部位　　撮影範囲　　造影剤　有　・　無　・　一任）
2. その他（検査名　　）（検査部位　　）

指示事項

検査目的

臨床所見

～造影剤　　有　　又は一任の場合～

腎機能障害（　有　・　無　）

（＊有・一任の場合はﾃﾞｰﾀｰ記載又は添付）

投薬内容

坑凝固剤・坑血小板薬　服用の有無　　紹介元（ 有 ・ 無 ）　他院（ 有 ・無 ・ 不明 ）

留意事項　　HBs 抗体・HCV 抗体・梅毒反応・MRSA・薬剤ｱﾚﾙｷﾞｰ・その他感染症