**診療情報提供書　　　　福岡大学西新病院提出用**

**福岡市早良区祖原15番7号 　　　 　　　　年　　　月　　　日**

**福岡大学西新病院 依頼医療機関**

 **先生 医師氏名 印**

**患者様をご紹介します。 TEL FAX**

|  |
| --- |
| **患者氏名　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女****生年月日 明・大・昭・平・令　　　　年　　月　　日( 才)　　　　 職業****※患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※電話番号** |
| **依頼項目　　　□ MRI検査　　　　　　□ CT検査　　　　　 □RI検査** |
| **紹介目的****傷病名等** |
| 　　　**既往歴 ・ 家族歴 ・ 症状経過　・　検査結果　・　治療経過 ・　処方　・　備考****注：検査目的等については必ずご記入下さい。**

|  |
| --- |
| **MRI検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
| 頭部( ) 胸部( ) 腹部( ) 骨盤腔( )脊髄(頸椎・胸椎・腰椎) |
| 四肢( ) その他( ) |
| **BUN( ) Cre(　　　　)体重( )kg CDR □要　　　□不要** |

|  |
| --- |
| **CT検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
|  頭部　頸部　胸部　　上腹部(肝、胆、膵、脾、腎)　骨盤部　その他( ) |
|  **BUN( ) Cre( )体重( )kg CDR □要　　　□不要** |

|  |
| --- |
| **CT検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
|  脳　甲状腺　心筋　肺　腎　レノグラム　骨　67Ga　その他( ) |

※検査結果等がございましたら添付してください。 |

2019.5. 500

 **診療情報提供書　　　　 　医療機関控**

**福岡市早良区祖原15番7号 　　　 　　　　年　　　月　　　日**

**福岡大学西新病院 依頼医療機関**

 **先生 医師氏名 印**

**患者様をご紹介します。 TEL FAX**

|  |
| --- |
| **患者氏名　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女****生年月日 明・大・昭・平・令　　　　年　　月　　日( 才)　　　　 職業****※患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※電話番号** |
| **依頼項目　　　□ MRI検査　　　　　　□ CT検査　　　　　 □RI検査** |
| **紹介目的****傷病名等** |
| 　　　**既往歴 ・ 家族歴 ・ 症状経過　・　検査結果　・　治療経過 ・　処方　・　備考****注：検査目的等については必ずご記入下さい。**

|  |
| --- |
| **MRI検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
| 頭部( ) 胸部( ) 腹部( ) 骨盤腔( )脊髄(頸椎・胸椎・腰椎) |
| 四肢( ) その他( ) |
| **BUN( ) Cre(　　　　)体重( )kg CDR □要　　　□不要** |

|  |
| --- |
| **CT検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
|  頭部　頸部　胸部　　上腹部(肝、胆、膵、脾、腎)　骨盤部　その他( ) |
|  **BUN( ) Cre( )体重( )kg CDR □要　　　□不要** |

|  |
| --- |
| **CT検査依頼にて下記の項目にご記入ください。** |
| **検査部位　　　　　　　　　　□単純　　　□造影** |
|  脳　甲状腺　心筋　肺　腎　レノグラム　骨　67Ga　その他( ) |

※検査結果等がございましたら添付してください。 |

2019.5. 500