

診療情報提供書

※ 作成日 年 月 日

福岡大学西新病院 _____ 科 先生 (担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 電話 () - FAX () - 印
---	---

受診希望日	第1希望 年 月 日 ()
	第2希望 年 月 日 ()

患者基本情報

※ 福岡大学西新病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明	
受診歴有の場合、福岡大学西新病院の患者番号が分かればご記入ください ⇒	
フリガナ 患者氏名	(男・女) 生年月日 (大・昭・平・令) または西暦 職業 年 月 日生 (才)
住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区町 自宅電話 () _____ 携帯電話 () _____

傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語でお願いします)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過等

現在の処方内容

備考 (禁忌・薬物アレルギー等)

依頼項目	<input type="checkbox"/> MRI 検査	<input type="checkbox"/> CT 検査	<input type="checkbox"/> RI 検査
MRI 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
CT 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
RI 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位			
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。

診療情報提供書

※ 作成日 年 月 日

福岡大学西新病院 科 先生 (担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 電話 () - FAX () - 印
--	---

受診希望日	第1希望 年 月 日 ()
	第2希望 年 月 日 ()

患者基本情報

※ 福岡大学西新病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明	
受診歴有の場合、福岡大学西新病院の患者番号が分かればご記入ください ⇒	
フリガナ 患者氏名	(男・女) 生年月日 (大・昭・平・令) または西暦 職業 年 月 日生 (才)
住所	(旧姓) 〒 - 都道府県 市区町 自宅電話 () - 携帯電話 () -

傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語でお願いします)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過等

現在の処方内容

備考 (禁忌・薬物アレルギー等)

依頼項目	<input type="checkbox"/> MRI 検査	<input type="checkbox"/> CT 検査	<input type="checkbox"/> RI 検査
MRI 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
CT 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
RI 検査依頼の場合、下記の項目にご記入ください。			
検査部位			
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。