

診療情報提供書（検査紹介）

（単純MRI・単純CT・アイソトープ検査・上部消化管内視鏡検査用）

令和 年 月 日

愛知医科大学病院

検査希望日① 令和 年 月 日（ ）

検査希望日② 令和 年 月 日（ ）

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大ID: ）

医療機関名
所在地
医師名 ⑩
TEL () -
FAX () -

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		TEL	() -
保険情報 <small>保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です</small>	保険者番号		子・障・母	前高・後高(割) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	記号・番号		公費負担者番号	
	続柄	本人・家族	公費受給者番号	
臨床診断名				
検査目的 臨床情報				
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 () 薬物アレルギー (有・無)			
感染症	無・有 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV その他 () ・不明		妊娠	無・有 (ヶ月)
検査項目	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 単純CT 希望部位 (複数可) 体重 () kg <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> アイソトープ検査 体重 () kg 身長 () cm <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 心筋シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ			
	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ブスコパン (<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可) グルカゴン (<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可) 抗凝固剤 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中止中) 抗血小板製剤 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中止中)			