

診療情報提供書

医療機関 **宗像医師会病院**

担当医 科 殿

年 月 日

医療機関の所在地
及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名	職業
生年月日	男
年 月 日 (才)	女

紹介 目的	診察	内科 外科 小児科 ()
	入院	
検査	検査	胃透視・逆腸 胃カメラ・大腸ファイバー CT・MRI・超音波 心エコー・脳波 その他 ()
	全身状態	独歩・車椅子・ストレッチャー
薬剤アレルギー (+・-・不明) HBs抗原 (+・-・不明)		
ヨード過敏 (+・-・不明) HCV抗体 (+・-・不明)		
持参資料	EKG、内視鏡フィルム、EEG X線フィルム (部位 枚) その他 ()	

主訴、診断名
現病歴、検査所見、経過
現在の処方
患者に関する留意事項

◆検査依頼の場合は下記の必要事項を必ず御記入下さい

検査名	検査予約日時
①	月 日 AM PM 時 分
②	月 日 AM PM 時 分
③	月 日 AM PM 時 分
④	月 日 AM PM 時 分

◆CT・MRI検査の場合は下の赤枠を必ず記入して下さい

C T	単純・造影・おまかせ	腎機能障害 (+・-)
	気管支喘息 (+・-)	ヨード過敏 (+・-)
M R I	鎮静 (要・不要)	気管支喘息 (+・-)
	背臥位 (不可・可)	心臓ペースメーカー (+・-)
	長時間安静 (不可・可)	心臓人工弁 (+・-)
	妊娠 (+・-)	脳動脈瘤クリップ (+・-)
検査目的		
希望検査部位		

◆画像 (要・不要)

↳ (CD、フィルム)

◆CT・MRI検査の場合は患者様用の検査説明用紙“CT/MRI検査を受けられる患者様へ”に検査日時を記入して渡して下さい