

検査予約申込書

紹介先医療機関名

国立病院長崎医療センター

<http://www.nagasaki-mc.jp/>

科 御中

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL・FAX

受診希望日 月 日

長崎医療センターの受診歴 (有・無)

科 医師名

印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住 所	〒			TEL	()

3枚複写になっております。

国立病院長崎医療センター TEL: 0120-731-062
 地域医療連携室 FAX: 0120-731-063

M R I	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 頭部 ☐ 脳動脈 ☐ 頸動脈 ☐ 咽頭・喉頭 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ MRCP (膵・胆管) ☐ 子宮・卵巣 ☐ 前立腺・膀胱 ☐ 乳腺 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎 四肢 (☐ 右 ☐ 左) 【 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足】 ☐ その他 ()	C T	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 脳 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤・膀胱 ☐ 冠動脈 ☐ その他 () ☐ デンタル (歯 No)
		R I	☐ 骨 ☐ ガリウム ☐ 甲状腺 ☐ その他 ()
		☐ マンモグラフィ	
		E C O	☐ 乳腺 ☐ 頸動脈 ☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
	造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので合わせて ご記入ください。		
造影特記事項	1 造影の既往: ☐ 無 ☐ 有 (造影剤副作用歴 ☐ 無 ☐ 有 使用薬剤) 2 アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 () 3 ぜんそく: ☐ 無 ☐ 有 () 4 腎機能障害: ☐ 無 ☐ 有 月 日現在 クレアチニン (mg/dl) e-GFR (ml/min/1.73 m) 5 感染症: ☐ 無 ☐ 有 (☐ HBs 抗原 ☐ HCV 抗体 ☐ MRSA ☐ 結核 ☐ その他 ())		
検査結果・レポートの送付・掲示方法について ☐ 1 お持ち帰り (☐ フィルム+レポート ☐ CD-R+レポート ☐ レポートのみ) ☐ 2 検査翌日郵送 (☐ フィルム+レポート ☐ CD-R+レポート ☐ レポートのみ) ☐ 3 あじさいネット			

診療情報提供書

紹介先医療機関名

国立病院長崎医療センター

<http://www.nagasaki-mc.jp/>

科 御中

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL・FAX

受診希望日 月 日

長崎医療センターの受診歴 (有・無)

科 医師名 印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住 所	〒			TEL	()
紹介目的					
主訴及び 傷病名					
○病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方					
○既往歴 及び家族歴	薬物アレルギー				

M R I	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 頭部 ☐ 脳動脈 ☐ 頸動脈 ☐ 咽頭・喉頭 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ MRCP (膵・胆管) ☐ 子宮・卵巣 ☐ 前立腺・膀胱 ☐ 乳腺 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎 四肢 (☐ 右 ☐ 左) 【 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足】 ☐ その他 ()	C T	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 脳 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤・膀胱 ☐ 冠動脈 ☐ その他 () ☐ デンタル (歯 No)
		R I	☐ 骨 ☐ ガリウム ☐ 甲状腺 ☐ その他 ()
		☐ マンモグラフィ	
		E C O	☐ 乳腺 ☐ 頸動脈 ☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
	造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので合わせて ご記入ください。		
造影特記事項	1 造影の既往: ☐ 無 ☐ 有 (造影剤副作用歴 ☐ 無 ☐ 有 使用薬剤) 2 アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 () 3 ぜんそく: ☐ 無 ☐ 有 () 4 腎機能障害: ☐ 無 ☐ 有 月 日現在 クレアチニン (mg/dl) e-GFR (ml/min/1.73 m ²) 5 感染症: ☐ 無 ☐ 有 (☐ HBs 抗原 ☐ HCV 抗体 ☐ MRSA ☐ 結核 ☐ その他 ())		
検査結果・レポートの送付・掲示方法について ☐ 1 お持ち帰り (☐ フィルム+レポート ☐ CD-R+レポート ☐ レポートのみ) ☐ 2 検査翌日郵送 (☐ フィルム+レポート ☐ CD-R+レポート ☐ レポートのみ) ☐ 3 あじさいネット			

診療情報提供書

紹介先医療機関名
国立病院長崎医療センター
<http://www.nagasaki-mc.jp/>
科 御中

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

TEL・FAX

受診希望日 月 日
長崎医療センターの受診歴 (有・無)

科 医師名 印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住 所	〒			TEL	()
紹介目的					
主訴及び 傷病名					
○病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方					
○既往歴 及び家族歴	薬物アレルギー				

M R I	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 頭部 ☐ 脳動脈 ☐ 頸動脈 ☐ 咽頭・喉頭 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ MRCP (膵・胆管) ☐ 子宮・卵巣 ☐ 前立腺・膀胱 ☐ 乳腺 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎 四肢 (☐ 右 ☐ 左) 【 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足】 ☐ その他 ()	C T	造影希望: ☐ 無 ☐ 有 ☐ 脳 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤・膀胱 ☐ 冠動脈 ☐ その他 () ☐ デンタル (歯 No)
		R I	☐ 骨 ☐ ガリウム ☐ 甲状腺 ☐ その他 ()
		☐ マンモグラフィ	
		E C G	☐ 乳腺 ☐ 頸動脈 ☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
	造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので合わせて ご記入ください。		

造影特記事項	1 造影の既往: ☐ 無 ☐ 有 (造影剤副作用歴 ☐ 無 ☐ 有 使用薬剤)
	2 アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 ()
	3 ぜんそく: ☐ 無 ☐ 有 ()
	4 腎機能障害: ☐ 無 ☐ 有 月 日現在 クレアチニン (mg /dl) e-GFR (ml/min/1.73 m ²)
	5 感染症: ☐ 無 ☐ 有 (☐ HBs 抗原 ☐ HCV 抗体 ☐ MRSA ☐ 結核 ☐ その他 ())

検査結果・レポートの送付・掲示方法について

- ☐1 お持ち帰り (☐フィルム+レポート ☐CD-R+レポート ☐レポートのみ)
☐2 検査翌日郵送 (☐フィルム+レポート ☐CD-R+レポート ☐レポートのみ)
☐3 あじさいネット