

年 月 日

地域医療支援病院
富山市立富山市民病院

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科

医師

医師名

フリガナ		男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
患者氏名				
住 所	〒		電話 自宅()	—
			携帯()	—

検査予約申込書

地域医療支援病院

富山市立 富山市民病院

(代表)TEL

076-422-1112

ふれあい地域医療センター

(予約専用)TEL

076-422-1114

(直通)FAX

076-422-1154

薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無
---------	--------------------------------	----------------------------

妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	MRIは妊娠16週未満の方は申し出てください	
MRI	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 関節 (右・左)			
	<input type="checkbox"/> MRアンギオ (脳血管)			
	<input type="checkbox"/> MRアンギオ (脳血管以外:)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	特記事項 必ずチェックをお願いします			
	脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
CT	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
RI	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> レノグラム	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
エコー	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頚動脈
	<input type="checkbox"/> 下肢静脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> その他 ()	
マンモ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2D)			
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2D) + トモシンセシス (断層)			
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量			
MRI・CT 造影希望		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
◆ 造影有のとき 3ヶ月以内の血液データを記載してください。 記載のない場合は当院来院時に検査いたします。 血清クレアチニン _____ T-Bil _____				
◆ CT造影有のとき 糖尿病薬・β ⁷ ロッカーの服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 該当糖尿病薬服用中の場合は、中止してください				
* 検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。				
* 内視鏡検査につきましては、 診察予約申込書をご利用ください。				

診療情報提供書

年 月 日

地域医療支援病院
富山市立富山市民病院

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科

医師

医師名

フリガナ				大・昭・平・令
患者氏名		男 女	生年月日	年 月 日(歳)
住 所	〒	電話 自宅() - 携帯() -		
紹介目的				
主訴 傷病名				
既往歴 家族歴				
病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			

妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	MRIは妊娠16週未満の方は申し出てください
M R I	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 関節(右・左) <input type="checkbox"/> MRアンギオ(脳血管) <input type="checkbox"/> MRアンギオ(脳血管以外:) <input type="checkbox"/> その他()	MRI・CT 造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	特記事項 必ずチェックをお願いします 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	◆ 造影有のとき 3ヶ月以内の血液データを記載してください。 記載のない場合は当院来院時に検査いたします。 血清クレアチニン _____ T-Bil _____
	C T <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()	◆ CT造影有のとき 糖尿病薬・β ⁷ ロッカーの服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 該当糖尿病薬服用中の場合は、中止してください
	R I <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> その他()	* 検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。
エ コ ー <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> その他()	* 内視鏡検査につきましては、 診察予約申込書をご利用ください。	
マン モ <input type="checkbox"/> マンモグラフィ(2D) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ(2D)+トモシンセシス(断層)		
<input type="checkbox"/> ホルター心電図		
<input type="checkbox"/> 骨塩定量		