

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   |
| 患者氏名 |   |                            |      | 年 月 日( 歳) |
| 住 所  | 〒 | 電話<br>自宅 ( ) ー<br>携帯 ( ) ー |      |           |

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

ふれあい地域医療センター

(代表)TEL

076-422-1112

(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 |  |                                     |  |  |
| C<br>T                                                          | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部       | CT・MRI<br>造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                         |                        |  |                                     |  |  |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                     |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |
| M<br>R<br>I                                                     | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部      | ◆ 造影有のとき<br>3ヶ月以内の血液データを記載してください。<br>記載のない場合は当院来院時に検査いたします。<br>血清クレアチニン _____<br>T-Bil _____                 |                        |  |                                     |  |  |
|                                                                 | <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)<br><input type="checkbox"/> MRアンギオ(脳血管以外: )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |
| *特記事項* 必ずチェックをお願いします                                            |                                                                                                                      | ◆ CT造影有のとき<br>糖尿病薬・βブロッカーの服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>該当糖尿病薬服用中の場合は、中止してください |                        |  |                                     |  |  |
| 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      |                                                                                                                      |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |
| R<br>I                                                          | <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> レノグラム                              | * 検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。                                                                                       |                        |  |                                     |  |  |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                     |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |
| エ<br>コ<br>ー                                                     | <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈     |                                                                                                              |                        |  | * 内視鏡検査につきましては、<br>診察予約申込書をご利用ください。 |  |  |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )                         |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |
| マ<br>ン<br>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                                                                                        |                                                                                                              |                        |  |                                     |  |  |

# 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                          |                                                           | 男 女                        | 生年月日 | 大・昭・平・令<br>年 月 日( 歳) |
| 患者氏名                          |                                                           |                            |      |                      |
| 住 所                           | 〒                                                         | 電話<br>自宅 ( ) —<br>携帯 ( ) — |      |                      |
| 紹介目的                          |                                                           |                            |      |                      |
| 主訴<br>傷病名                     |                                                           |                            |      |                      |
| 既往歴<br>家族歴                    |                                                           |                            |      |                      |
| 病状経過<br>治療経過<br>検査所見<br>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 |  |
| C<br>T                                                          | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部                                                                                                   | CT・MRI<br>造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                         |                        |  |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                        |  |
| M<br>R<br>I                                                     | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部                                                                                                  | ◆ 造影有のとき<br>3ヶ月以内の血液データを記載してください。<br>記載のない場合は当院来院時に検査いたします。<br>血清クレアチニン _____<br>T-Bil _____                 |                        |  |
|                                                                 | <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)<br><input type="checkbox"/> MRアンギオ (脳血管以外: )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                           |                                                                                                              |                        |  |
| *特記事項* 必ずチェックをお願いします                                            |                                                                                                                                                                                                                  | ◆ CT造影有のとき<br>糖尿病薬・βブロッカーの服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>該当糖尿病薬服用中の場合は、中止してください |                        |  |
| 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      |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                              |                        |  |
| R<br>I                                                          | <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> レノグラム                                                                                                                          | * 検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。<br><br>* 内視鏡検査につきましては、<br>診察予約申込書をご利用ください。                                            |                        |  |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                        |  |
| エ<br>コ<br>ー                                                     | <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈<br><input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                              |                        |  |
| マ<br>ン<br>モ                                                     | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2D)<br><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                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                        |  |