

# 読影依頼（診療情報提供書）

※苫小牧市立病院ID：

（記載しないでください）

宛先  
**苫小牧市立病院地域医療連携室 宛**  
 〒053-8567  
 苫小牧市清水町1丁目5番20号  
 ファックス  
**0144-33-4678**  
 電話直通  
 0144-84-0158

ご紹介元医療機関名

医師ご氏名

電話

ファックス

フリガナ	(旧姓)	生年	明治・大正・昭和・平成・令和	性別	男・女
患者さん氏名		年月日	年 月 日		
住所					
電話	自宅	携帯/自宅以外			

受診希望日時	第1希望	年	月	日 ( )	時	分	ころ
	第2希望	年	月	日 ( )	時	分	ころ
	その他						

1 貴科診断名					
2 検査目的					
3 検査項目等	(1) 検査： <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> エコー検査 (2) 撮影方法： <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (3) 撮影部位： <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
4 既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方など					
5 患者さんの状態	ADL：歩行可能・車椅子・ストレッチャー		感染症：有 ( ) ・無		
	薬剤過敏：有・無	腎機能障害：有・無	造影剤過敏：有・無		
	ペースメーカー：有・無	金属クリップ：有・無	ステント：有・無		
	糖尿病薬の服薬：有・無	アルコール過敏症の既往歴：有・無			
6 その他					