

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

患者ご紹介の際はお手数でもこの用紙に御記入の上、地域医療連携室へFAX送信下さい。

目的にチェック して下さい。

外来受診予約

CF検査 GTF検査

検査（CT・MRI・RI・一般撮影） 読影希望

患者さんが希望される日時

月 日 午前・午後

江別市立病院

地域医療連携室 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

Tel. 382-5151(内線1152)

Fax. 382-8381

紹介日令和 年 月 日

(紹介元)
医療機関

医師名

Tel. () -

Fax. () -

当院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入下さい。

ふりがな
患者名

住所 〒

大・昭 (男・女)
生年月日 平・令 年 月 日生(歳)

連絡先【自宅】Tel. () -
【勤務先】Tel. () -
【自宅】Fax () -

江別市立病院での受診歴 無・有 →

患者カード番号 -

患者様の状況

外来で待っている すでに帰宅 入院中(退院予定： 月 日)

資料

無 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム・プレパラート 事前郵送可能 当日持参

希望診療科 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 神経内科 小児科 産婦人科 外科 整形外科
耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 精神科

希望検査項目 CT (単純・ 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 可・ 不可)
 MRI (単純・ 造影) RI検査 一般撮影
 GTF検査 CF検査 その他 ()

CT、MRI造影検査の依頼では、患者さんの服用している薬剤リストを一緒にFAXして下さい。

傷病名

既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付下さい。)

一般撮影・DEXA 依頼票

カナ 氏名 様	依頼施設	指示医師
	検査年月日	検査時間
	患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
	感染症(+・-) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ()	

指示事項

部位		方向	部位		方向	
頭部	頭蓋	2方向・4方向・5方向	上肢	[] 上腕骨 (近位・遠位・全)	正・側	
	側頭骨	Schuller法・Stenvers法・内		[] 肘関節	正・側・両斜・軸・	
顔面	顔面	正・側		[] 前腕骨 (近位・遠位・全)	正・側	
	副鼻腔	Bzuzlows法・Waters法		[] 手関節	正・側・両斜・軸・	
	鼻骨	側		[] 舟状骨	2方向	
	顎関節	開口・閉口位		[] 手部	正・斜	
頸部	上咽頭	側		[] 手	正・側	
	喉頭	正・側		[] 手指 (指・関節)	正・側・両斜	
胸部	胸部	正・R-L・L-R・I斜・II斜 デクピタス(右下・左下)		骨盤	骨盤計測	3方向
	[] 肋骨 [] 乳房	正・斜			骨盤	正・斜
	乳がん検診 胸骨	側・両斜	[] 股関節		正・側 ()	
腹部	腹部(立位)	正	下肢	[] 大腿骨	正・側	
	腹部(臥位)	正		[] 膝関節	正・側・両斜・軸・ 片脚立位	
	KUB	正		[] 下腿骨	正・側	
肩部	[] 肩関節	正(内・外・中)・スカブラY・		[] 足関節	正・側・両斜	
	[] 鎖骨	正・2方向		[] 踵骨	側・軸・アントンセン	
	[] 肩甲骨	正・側・2方向		[] 足部	正・側・斜	
	[] 胸鎖関節	両斜		[] 足趾骨	正・側・両斜	
脊髄	頸椎	正・側・4方向・6方向・開口位		骨塩定量測定		
	胸椎	正・側		腰椎DEXA法	1方向 2方向	
	腰椎	正・側・機能写・4方向・6方向		股関節DEXA法	1方向	
	胸腰椎移行部	正・側	[身長 cm : 体重 kg]			
	仙・尾骨	正・側				
	全脊柱	正・側				

部位	左右	撮影方法	撮影回数	電子画像 管理加算	フィルムサイズ 枚数
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	半切 B4 枚
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	半切 B5 枚
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	半切 B6 枚
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	半切 B7 枚
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	半切 B8 枚

DEXA	
	腰椎
	股関節
	大腿骨同時撮影加算