

診療情報提供書（検査等用）

年 月 日

（宛先）春日井市民病院長
FAX 0568-82-9345

医療機関名 _____

紹介医師名 _____

電 話 _____

F A X _____

1 患者情報

受診者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 _____ 年 月 日

2 病名（疑い）、検査目的

--

3 病歴、症状など

--

4 内服薬

--

5 その他特記事項

--

6 確認事項（結果報告に必要な項目及び該当項目に記入または○印をつけてください。）

(1) CT検査、MRI検査、アイソトープ検査、骨密度検査を依頼する場合

読影レポート

画像（CD）

画像（フィルム）

*画像は両方でも構いません。

*骨密度検査にはフィルムはありません。また、放射線医師の読影レポートはありません。

(2) 上部消化管内視鏡検査を依頼する場合

①アレルギーの有無 なし あり（ ） 不明

②事前の抗血栓薬 （ ） の中止は必要ありません。

③事前の感染症の検査は必要ありません。

※ 独自の書式をご使用いただいても差し支えございませんが、検査等に必要な情報及び確認事項について記載していただきますようお願いします。