

診療情報提供書（堺咲花病院用）

医療機関名		医師氏名	
-------	--	------	--

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

検査内容	撮影方法	撮影部位
CT検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部（骨盤）
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 四肢（右・左） <input type="checkbox"/> その他（ ）
MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部（骨盤）
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）
		<input type="checkbox"/> 四肢（右・左） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	※ <input type="checkbox"/> VSRAD	
超音波検査		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> その他（ ）

傷病名

検査目的、具体的な指示

既往歴、症状経過

MRI検査 問診

・心臓ペースメーカー〔有・無〕 ・脳内クリップ〔有・無〕 ・人工内耳〔有・無〕

・その他体内金属異物〔有（ ）・無〕

・妊娠〔有・無〕 ・閉所恐怖症〔有・無〕 ・刺青〔有・無〕

※ 心臓ペースメーカー・人工内耳がある場合は、検査を行えません。

※ 脳内クリップ・血管内ステントがある場合は、検査が可能であるかの判断を、手術を実施した医療機関へご確認いただきますようお願いいたします。

造影検査（CT検査、MRI検査）問診

・薬剤アレルギー〔有・無〕 ・喘息〔有・無〕 ・重篤な腎機能障害〔有・無〕

・重篤な甲状腺疾患〔有・無〕 ・重篤な肝機能障害〔有・無〕 ・妊娠〔有・無〕

社会医療法人 啓仁会 堺咲花病院

〒594-0132 堺市南区原山台2丁目7番1号 TEL 072-295-8833 FAX 072-294-7700

URL <http://www.sakibana.or.jp/sakai-hospital/>