

受診予約票・診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先

ご紹介いただいた医療機関

柏葉脳神経外科病院

地域医療連携室

TEL 011-851-2370

FAX 011-851-9466

住 所

医師氏名

電話番号

FAX 番号



患 者	フリガナ		受診歴	1. 有	2. 無
	氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
	住所	〒	TEL 自宅 ()	-	TEL 連絡先 () -

診療希望

脳神経外科 神経内科 精神保健科

検査希望

<input type="checkbox"/> CT	検査部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・膀胱・子宮)
	撮影条件	<input type="checkbox"/> 1 mm <input type="checkbox"/> 3 mm <input type="checkbox"/> 5 mm <input type="checkbox"/> 7 mm <input type="checkbox"/> 10 mm
<input type="checkbox"/> MRI	検査部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 脊椎脊髄(頸・胸・腰・仙) <input type="checkbox"/> その他()
	ハルス系列	<input type="checkbox"/> T1(Ax,Sag,Cor) <input type="checkbox"/> T2(Ax,Sag,Cor) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DWI <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> T2 Star <input type="checkbox"/> Contrast(Ax,Sag,Cor) <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> RI	使用核種	<input type="checkbox"/> 123I-IMP <input type="checkbox"/> 99mTc-HM-PAO <input type="checkbox"/> 201TL <input type="checkbox"/> 67Ga(全身) <input type="checkbox"/> クリアボーン(骨シンチ)
	投影画像	<input type="checkbox"/> CBF定量 <input type="checkbox"/> CBF定性 負荷試験 無・有()

紹介目的 1. 診療および検査 2. 検査 3. 入院 4. その他()

主訴又は傷病名

既往歴(検査含)及び家族歴

症状経過
治療経過
現在の処方等

ADL等 1. 自力歩行 2. 要介助 3. 寝たきり 4. その他()

薬剤アレルギー、嗜好など

受診希望日 1週間以内 特になし 午前 午後 その他()

主保険	保険者番号	併用保険	公費受給者証	受給者番号
1. 本人		1. 老()割 2. 乳・母・障 3. その他()		
	記号		番号	公費受給者証
2. 家族				

1. 保険者番号等をご記入いただけますと、事前にカルテの作成ができ、患者さんの待ち時間を短縮できますので、ご協力をお願い致します。※コピーでも結構です。
2. ご不明な点はお手数ですが地域医療連携室までご連絡ください。