

【 外部紹介 予約依頼確認リスト 】

(職員記載用)

● 紹介元医療機関	_____		作成日	_____	月	日
● ^{フリガナ} 患者氏名	_____	様 ●生年月日	_____	T・S・H・R	年	月 日
	(男 ・ 女)					
● 患者連絡先(Tel)	_____	●住所	_____	市		町
● 検査希望日	第1希望	月	日	第2希望	月	日
						<input type="checkbox"/> いつでも可
● 緊急性	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(		以内)	
● 返書	<input type="checkbox"/> 後日郵送	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> その他()	
● 他科受診希望	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(診療科名:)	
● 紹介元再診日	<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定あり	(再診予定日:)	
● 検査	<input type="checkbox"/> 単純CT	<input type="checkbox"/> 造影CT	<input type="checkbox"/> CT(おまかせ)			
	<input type="checkbox"/> 単純MRI	<input type="checkbox"/> 造影MR	<input type="checkbox"/> MRI(おまかせ)			
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> その他RI()	
● 部位	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 前立腺
	<input type="checkbox"/> 全腹部(上腹部 + 骨盤部)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> その他()	
● 体内金属の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(部位 :	脊椎	、 股関節	、 膝
			、 その他)	
● 体内医療機器の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(種類 :	ペースメーカ	、 除細動器付きペースメーカ	、 その他
)			
ペースメーカ等手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(FAX送信依頼 :	製造元	や 装置の種類	の確認のため)
● 糖尿病治療薬の内服	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	()	
			処方医療機関()	
● 降圧剤の内服	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(内服時間 :	朝	昼	夕)
● 他院からの処方	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(薬剤名:)	
※ CT の場合						
● バリウム検査 (1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(検査日 :	月	日)	
造影検査の場合						
● 過去の造影検査歴	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(CT ・ MRI ・ 腎臓尿路 ・ 血管造影 ・ 胆嚢)			
検査実施医療機関 (		)	画像:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
検査日 (		)	検査部位 (		)	造影剤の種類 (
)	
● アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(		)	症状: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
<家族歴>	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(続柄:)	<input type="checkbox"/> 不明
● 気管支喘息の既往	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(最終発作時期:		)	治療: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
<家族歴>	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(続柄:)	<input type="checkbox"/> 不明
● 過去3ヶ月以内のクレアチニン値	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(	mg/dl)	(採血日:	
	<input type="checkbox"/> 来院時、当院で採血	<input type="checkbox"/> 結果待ち	(採血日:)	
	<input type="checkbox"/> 透析患者の場合:	透析予定日(		)	■Cr値は不要	
● ワクチン接種状況	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(	年	月	日 種類:
※ コロナワクチンの場合	接種回数 (		)回	、 次回の接種予定日 (	年	月
			日)	、	<input type="checkbox"/> 未定	
※MRI(子宮・卵巣)						
● 内膜評価	<input type="checkbox"/> 無し	(月経開始日~21日まで)	<input type="checkbox"/> 有り	(月経開始7日~13日まで)		
● 最終月経	(	月	日より	日間)		
● 前回月経	(	月	日より	日間)		
● 前々回月経	(	月	日より	日間)		
● 月経周期	(	日)	<input type="checkbox"/> 整	<input type="checkbox"/> 不整		
● 次回月経予定	(	月	日)	注:月経不順の患者を除く		