

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

**小川赤十字病院**  
放射線科 担当医 宛

〒 355-0397  
埼玉県比企郡小川町大字小川1525番地  
TEL 0493-72-2333 (代)  
FAX 0493-71-5779 (医療連携室)

紹介元医療機関名

所在地

担当医

TEL/FAX

患者氏名				性別	男 / 女
生年月日	明治 / 大正 / 昭和 平成 / 令和 / 西暦	年 月 日生	才	職業	
住所 (電話番号)	〒 ( )				
紹介目的	検査目的				
主訴・病名					
症状					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 神経伝達速度 <input type="checkbox"/> 単純撮影( ) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量測定				
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ↓腎機能検査結果	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 側頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ↓腎機能検査結果	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
	※ CT・MRIの造影検査をご依頼の場合は、腎機能検査結果として、 <b>3か月以内の「eGFR」または「血性クレアチニン値」</b> をご記入ください。 ※ 腎機能検査結果が低い場合や、検査結果の記載がない場合は、単純検査のみとさせていただきます。				
	<b>【核医学】</b> <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
添付資料	<input type="checkbox"/> サマリー <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他( )				