

# 診療情報提供 RI 申込書

\* 検査予約、お問い合わせは電話でご連絡ください(代表092-921-1011)

\* 検査日時が決定しましたら、申込書・診療予約票を患者さんにお渡しいただき、当日持参させてください。

RI

検査日 年 月 日 ( 曜)

予約時間 午前・午後 時 分

## 紹介元医療機関

施設名

診療科

担当医師

TEL

FAX

フリガナ

患者氏名

(男・女)

生年月日

年 月 日生 ( 才)

検査部位

臨床診断

検査目的

身長 ( cm) 体重 ( kg)

病歴・症状経過及び治療経過など

## 検査時のチェック項目

○妊娠 :なし あり ( 週)

○授乳中 :なし あり

○感染症 :なし あり ( )

HBsAg ( + - ) HCV ( + - )

○アレルギー歴 :なし あり

喘息・花粉症・ヨードアレルギー・アルコール過敏症・その他 [ ]

○体内金属 :なし あり ( )

心臓ペースメーカー・体内除細動器・人工関節・神経刺激装置・水頭症シャントバルブ など

※体内金属があっても検査可能ですが、画像に影響を生じる可能性があります。

○おむつ・尿パック・人工肛門 など :なし あり ( )

※検査に影響を及ぼす薬剤は休薬していただく場合があります。詳しくは別紙の検査説明書をご覧ください

注意① : チェック項目は、依頼医療機関の医師により責任をもって記載をお願いします。

注意② : 記載に不明がある場合は、検査が行えないことがあります。

注意③ : 安全管理のため検査に関する説明書は事前に患者さんへお渡しください。

当院で再度、説明いたします。

福岡大学筑紫病院  
地域医療支援センター