

CT・MRI・乳房撮影・核医学検査専用

紹介受診者票(紹介医→地域医療連携室)

平成 年 月 日



FAX 022-293-0709

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター地域医療連携室 行
〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野2-8-8 TEL022-293-0703

※夜間(17:15~)土日祝日は連携室担当者不在のため、翌日、または休日明けのお返事となりますのでご了承下さい。
緊急時の場合はTEL022-293-1111におかけいただき、各診療科に直接ご連絡下さい。
当該診療科で対応いたします。
時間外、土日祝日の緊急時はTEL022-293-1119へご連絡下さい。

▼発信元情報▼

※太枠内をご記入の上、上記FAX番号までご送信ください。

医療機関名	:	
御担当医名	:	
住所	:	
TEL・FAX	:	TEL FAX

▼患者情報▼

フリガナ		生年月日	M・T・S・H
お名前	様(男・女)		年 月 日(歳)
住所	〒 -		
TEL	() -		

▼検査希望内容▼検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。

検査内容	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 乳房撮影
検査部位 臨床診断	検査部位() 臨床診断()			
造 影	無・有 *有りの場合以下をご記入ください			
	●腎機能障害 無・有 血清クレアチニン(SCr)値 ____mg/dl *2.0mg/dl以上は造影できません			
	●造影剤の副作用の既往 無・有 ●喘 息 無・有 ●糖尿病薬の服薬 無・有			
検査希望日	無・有 ○第1希望 月 日() ○第2希望 月 日()			
	OCTは、水・木の10時30分 OMRIは、水・木の15時00分 ○乳房撮影は、月~木の15時00分までを予定しております。 それ以外の曜日、時間及び核医学につきましてはご相談下さい			
MRI検査	体内金属 無・有 ()			

※下記は記入しないでください。

ID番号		受診実績	無・有(年 月頃 科)
保険者名		記号・番号	
保険者番号		被保険者	
公費負担者番号		公費受給者番号	