

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人 脳神経研究センター  
 新さっぽろ脳神経外科病院  
 患者サポートセンター 行  
 〒004-0051  
 札幌市厚別区厚別中央1条6丁目2-10  
 電話：011-891-2500（代表）  
 FAX：011-895-5502（直通）

紹介元医療機関
医師氏名 _____ 科 _____ ⑩
連絡先：

フリガナ		性別	住所	〒
患者氏名		男 ・ 女		
生年月日	年 月 日	電話	携帯	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

希望検査		撮影方法			
<input type="checkbox"/>	<b>MRI</b>	<input type="checkbox"/> T2強調	<input type="checkbox"/> FLAIR	<input type="checkbox"/> 拡散強調 (DWI)	<input type="checkbox"/> VSRAD
<input type="checkbox"/>	<b>R I</b>	<input type="checkbox"/> 認知症SPECT	<input type="checkbox"/> DAT - Scan	<input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチ	
検査目的 * MRIとRIを同時に検査予約することはできません。					
検査に対する日時希望		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	希望	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		曜日指定	曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	希望
臨床経過					
既往歴					
感染症	HBV	HCV	ワ氏	その他	
身長	cm	体重	kg		
アレルギー体質	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(造影剤、抗生剤、その他 )				手術歴
ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
その他注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ペースメーカー、その他 )				

●被保険者証、公費負担受給者証のコピーの添付をお願いします。コピーがない場合、下記にご記載ください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 特疾	負担者番号	受給者番号

\*本票をFAXでご提出ください。検査日が決定しましたら予約票を返信いたします。