

診療情報提供書

(C T ・ M R I 検査依頼書)

紹介先医療機関名
〒868-8555 熊本県人吉市老神町35
独立行政法人 地域医療機能推進機構
人吉医療センター 画像診断センター
TEL 0966-22-2191 Fax 0966-22-7879
担当医師宛

西暦: 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名 印

フリガナ			生年月日(和暦・西暦)	年齢	性別
患者氏名			T・S・H・R・西暦 年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所			電話番号		
KMN貴院登録	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	貴院ID:	検査年月日(西暦)	年 月 日 時 分	
希望検査項目	<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> M R I	※ 腎機能不良の場合は、原則造影できません。		
	<input type="checkbox"/> 単純撮影	<input type="checkbox"/> 造影剤使用	eGFR	体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
検査部位			クレアチニン	喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			採血日時(西暦)	年 月 日	アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
郵送希望	<input type="checkbox"/> レポート	<input type="checkbox"/> CD-R	体重	kg	重篤な肝・腎障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
KMN送信希望	<input type="checkbox"/> レポート	<input type="checkbox"/> 画像データ	※くまもとメディカルネットワーク(KMN)でも送信可能です。		感染 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
傷病名					補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
紹介目的 ・ 経過					
前回検査日			検査比較	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要

患者説明のお願い

当院では、診療・研究・教育の進歩のため患者様の診療情報(カルテ情報・検査結果・写真等)を匿名化した上で、当院の倫理委員会の承認を得た後、研究目的や学会発表などに使用させて頂くことに御協力をお願いしております。
使用の際には、個人を特定できるような情報が使われることはありません。
不同意の場合は、下記にチェックをお願いします。また、このことにより診療で不利益を受けることは一切ありません。
なお、チェックがない場合は、了承いただいたとさせていただきます。

【 了承しない 】

予約に関するお問い合わせは・・・予約センター TEL:0966-22-1900 FAX:0966-22-7879

検査内容に関するお問い合わせは・・・画像診断センター TEL:0966-22-2191