

診療情報提供書

(核医学《RI》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:	体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
検査(撮像)年月日(西暦)	身長		喘息	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
年 月 日 時 分	cm		感染	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射(静注)年月日(西暦)	体重		その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
年 月 日 時 分	kg				
郵送希望	<input type="checkbox"/> レポート <input type="checkbox"/> CD-R	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。	
<<検査項目>> (一項目のみチェックをして下さい。) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 肝(アジアロ)シンチ <input type="checkbox"/> 腎シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流(安静)シンチ <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> その他 ()					
傷病名	既往歴				
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。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