

記入例

診療情報提供書 (画像検査依頼書)

<様式2>

送付先：予約専用

FAX 番号をお間違いなく

(西暦) 年 月 日

FAX 079-451-8653

紹介元医療機関

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

所在地 〒

加古川中央市民病院

名称

医師名

科名

放射線診断科

先生

TEL

FAX (必須)

フリガナ	男	(西暦) 年 月 日	加古川中央市民病院受診歴 有・無
患者名	女	() 歳	
住所	〒	TEL	

検査部位に☑を入れ、詳細を○で囲んでください

CT (単純・造影)

検査部位

頭部 ()

頸部 ()

胸部 ()

腹部 ()

四肢/関節 ()

大血管 ()

大血管 ()

骨盤部 ()

CTCA (HR βブロッカー 有・無)

その他 ()

※大腸CTを

必要な検査項目 (MRI・CT・RI・MMG・一般撮影・骨密度測定) に☑を入れてください さらにMRI・CTに関しては単純か造影を選択してください ※造影を選択された場合、別途 同意書と問診票が必要となります

CTCA ご依頼の場合必ずチェックしてください

MRI (単純・造影)

検査部位

頭部 (脳・MRA・下垂体・その他)

頸部 (MRA・甲状腺・その他)

胸部 (縦隔・乳房(左/右)・その他)

上腹部 (肝胆膵・MRCP・腎・その他)

骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・陰のう・その他)

上肢/関節 () 左/右

下肢/関節 () 左/右

椎体 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・その他)

大血管 動脈 (胸部・腹部)

大血管 静脈 (胸部・腹部)

その他 ()

ペースメーカー 人工弁・ステント

脊髄刺激電極 プレート

人工内耳・人工関節

埋込み式インスリンポンプ

刺青 脳クリップ

その他 ()

MRI ご依頼の場合必ずチェックしてください

※左記に示すものがすべて 無 (有の場合、要相談)

RI

検査部位

骨シンチ

運動負荷心筋シンチ

薬剤負荷心筋シンチ

心筋交感神経シンチ

脳血流シンチ

DATスキャン

その他 ()

*必ずご記入下さい。

身長: cm 体重: kg

身長・体重を必ずご記入下さい

MMG (両方・右・左)

一般撮影 (撮影部位:)

骨密度測定 *結果出力は紙ベース (撮影部位: 腰椎 左大腿骨頸部 右大腿骨頸部)

検査希望日	いつでもよい	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
都合の悪い日:			備考:	

診断名: _____

検査目的: _____

*経過等: _____

下記の患者さんは条件付きでMRI検査可能になりますので、該当する場合は必ずご記入ください。

- 条件付きMRI対応ペースメーカー→当院不整脈外来を受診し、チェック上条件下で検査可能
- ステント、ステントグラフト→手術後8週間経過していること
- 人工弁、人工関節、入墨、閉所恐怖症、MRI対応型脊髄刺激装置 等

画像出力方法: CD-R フィルム 地域連携BOX

改訂: 2023年4月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

画像出力方法をいずれか1つ選択してください