

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)

患者情報欄: 性別 (男/女), 年齢 (西暦 年 月 日), 住所, 加古川中央市民病院受診歴 (有・無)

検査部位に☑を入れ、詳細を○で囲んでください

検査項目欄: CT (単純・造影), MRI (単純・造影), RI, MMG (両方・右・左), 一般撮影, 骨密度測定

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

身長・体重を必ずご記入下さい

MRI ご依頼の場合必ずチェックしてください。※条件付きMRI対応カードをお持ちの方はカードのコピーが必要となります

※左記に示すものがすべて □ 無 (有の場合、要相談)

検査希望日欄: いつでもよい, 第1希望 月 日, 第2希望 月 日, 第3希望 月 日

診断名欄: 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

画像出力方法: □CD-R □地域連携BOX

画像出力方法をいずれか1つ選択してください