

B 診療情報提供書(CT・MRI・RI検査のみ依頼書)

総合大雄会病院

(検査結果はご依頼の先生の方でご説明をお願いいたします)

年 月 日

放射線

科

医師

検査希望日

紹介医療機関名

第1希望 年 月 日 () 連携登録医名

⑩

第2希望 年 月 日 () ☎

第3希望 年 月 日 () FAX

(希望時間: ○ AM ○ PM)

●検査日時の決定方法 をクリックしてしてください。

総合大雄会病院より貴院へFAXにて予約日時をご返信

患者さまより総合大雄会病院へお電話をいただく(受付時間内に患者さまより連携室へ連絡し予約する)

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日	
〒 ☎			

※保険証は検査当日に必ず持参するようにご指導お願いいたします。

経過及び依頼目的

<p>検査項目 ※右項目をお選びください</p>	<p><input type="checkbox"/> CT(冠動脈CT・歯科インプラントCTを除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 肺がん健診依頼書持参あり</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 単純</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 造影</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 単純+造影</p> <p><input type="checkbox"/> MRI</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 単純</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 単純+ MRA</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 造影</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 単純+造影</p> <p style="margin-left: 20px;">○ MRCP</p> <p style="margin-left: 20px;">○ EOB</p> <p><input type="checkbox"/> RI</p> <p style="margin-left: 20px;">()</p> <p style="font-size: small;">※冠動脈CT・心臓MRIは循環器内科の受診が必要となります。 ※歯科インプラントCTは専用様式Cでの申込となります。</p>	<p>【部位・臓器名記入欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤</p> <p><input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>※造影時のみ記載</p> <p>ヨード過敏 ○有 ○無 ○不明</p> <p>腎機能 ○正常 ○異常</p> <p style="text-align: center;">(クレアチニン mg/dl)</p> <p>※MRI時のみ記載</p> <p>心臓ペースメーカー ○有 ○無</p> <p>脳動脈クリップ ○有 ○無</p> <p>人工内耳 ○有 ○無</p> <p>金属クリップなど ○有 ○無</p> <p>その他 ()</p> <p>来院方法</p> <p style="text-align: center;">○ 独歩 ○ 車イス ○ ベッド</p>
-------------------------------------	--	--

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

FAX 0586-24-9999

TEL 0586-26-2366(直通)

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。