

# 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

第1希望 年 月 日 ( )  
第2希望 年 月 日 ( )  
第3希望 年 月 日 ( )  
(希望時間:  AM  PM )

紹介医療機関名

連携登録医名

⑩

☎

FAX

)

ふりがな	生年月日	年齢	性別
患者氏名			<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
〒			

☎

※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

検査項目 ※右項目を お選びください	<input type="checkbox"/> CT (冠動脈CT・歯科インプラントCTを除く) <input type="radio"/> 単純 <input type="radio"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> メトホルミン服用 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 休薬指導済 <input type="radio"/> 無	<b>【部位・臓器名記入欄】</b> <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 <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 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他( )
	<b>【オプション】</b> <input type="checkbox"/> LAA解析 <input type="checkbox"/> 冠動脈石灰化スコアリング <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 <input type="checkbox"/> 筋肉量測定 <input type="checkbox"/> Dual-energy CT	※造影時のみ記載 ヨード過敏 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明 腎機能 <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 (クレアチニン mg/dl)
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="radio"/> 単純 <input type="radio"/> 単純+MRA <input type="radio"/> 単純+造影 <input type="radio"/> MRCP <input type="radio"/> EOB <input type="checkbox"/> RI ( )	※MRI時のみ記載 心臓ペースメーカー <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 脳動脈クリップ <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 人工内耳 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 金属クリップなど <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 その他 ( )
		来院方法 <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ベッド

※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。

※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。

※「内臓脂肪測定」「筋肉量測定」目的のみの場合は保険適用外となります。

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。

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。

FAX 0586-24-9999

TEL 0586-26-2366(直通)