

# 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

☎

FAX

)

⑨

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日	男・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

<p><b>検査項目</b> ※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 style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 単純</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 造影</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 単純+造影</p> <p style="margin-left: 20px;">※造影時のみ記載 メトホルミン服用 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 休薬指導済 <input type="radio"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> MRI</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 単純</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 単純+MRA</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 造影</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 単純+造影</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> MRCP</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> EOB</p> <p><input type="checkbox"/> RI</p> <p style="margin-left: 20px;">( )</p>	<p><b>【部位・臓器名記入欄】</b></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"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p><b>※造影時のみ記載</b></p> <p>ヨード過敏 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明</p> <p>腎機能 <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 (クレアチニン mg/dl)</p> <p><b>※MRI時のみ記載</b></p> <p>心臓ペースメーカー <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>脳動脈クリップ <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>人工内耳 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>金属クリップなど <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>その他 ( )</p> <p><b>来院方法</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ベッド</p>
-------------------------------------	--	--

※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。

**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)**