

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 (印) |
| 第2希望 | 年 | 月 | 日 () | () | ☎ |
| 第3希望 | 年 | 月 | 日 () | () | FAX |
| (希望時間: <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM) | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|------|--|----|---|
| 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

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <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 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;"><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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> RI</p> <p style="margin-left: 20px;">()</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"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※造影時のみ記載</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</p> <p style="text-align: right;">(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 <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>来院方法</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)