

# 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

加古川中央市民病院

名称

医師名

科名

TEL

FAX

放射線診断科

先生

|      |                     |    |                        |   |              |
|------|---------------------|----|------------------------|---|--------------|
| フリガナ |                     | 男  | (西暦)                   | 年 | 加古川中央市民病院受診歴 |
| 患者名  | 旧姓 ( ) 必ず記載をお願いします。 | 女  | 月                      | 日 | 有 ・ 無        |
| 住 所  | 〒                   | TE | 検査部位に☑を入れ、詳細を○で囲んでください |   |              |

### □ CT (単純 ・ 造影)

検査部位

□頭部 (

□頸部 (

□胸部

□腹部 (

□四肢/関節

□大血管

□大血管

□骨盤部

□CTCA (HR

□その他 (

※大腸 CT を

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

### □ RI

検査部位

□骨シンチ

□運動負荷心筋シンチ

□薬剤負荷心筋シンチ

□心筋交感神経シンチ

□脳血流シンチ

□DAT スキャン

□その他 (

\*必ずご記入下さい。

身長:

cm

体重:

kg

身長・体重を必ずご記入下さい

### □ MRI (単純 ・ 造影)

検査部位

□頭部 ( 脳・MRA・下垂体・その他 )

□頸部 ( MRA・甲状腺・その他 )

□胸部 ( 縦隔・乳房 (左 / 右)・その他 )

□上腹部 ( 肝胆膵・MRCP・腎・その他 )

□骨盤部 ( 子宮・卵巣・膀胱・前立腺・陰のう・その他 )

□上肢/関節 ( ・左 / 右 )

□下肢/関節 ( ・左 / 右 )

□椎体 ( 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・その他 )

□大血管 動脈 ( 胸部・

□大血管 静脈 ( 胸部・

□その他 (

ペースメーカー 人工弁・ステント

脊髄刺激電極 プレート

人工内耳・人工関節

埋込み式インスリンポンプ

刺青 脳クリップ

その他 (

MRI ご依頼の場合

必ずチェックしてください

※左記に示すものがすべて

□ 無

(有の場合、要相談)

### □ MMG ( 両方 ・ 右 ・ 左 )

一般撮影 (撮影部位:

□ 骨密度測定 \*結果出力は紙ベース

(撮影部位: □腰椎 □左大腿骨頸部 □右大腿骨頸部)

検査

希望日

第1 ( 月 日 曜日 ) ・ 第2 ( 月 日 曜日 ) ・ いつでもよい

診断名

検査日

\*経過等

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
- ・ ステント、ステントグラフト→手術後8週間経過していること
- ・ 人工弁、人工関節、入墨、閉所恐怖症、MRI 対応型脊髄刺激装置 等

画像出力方法をいずれか1つ選択してください

画像出力方法: □CD-R □フィルム □地域連携 BOX

改訂: 2022 年 4 月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651