

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

名称

加古川中央市民病院

医師名 科名

TEL

紹介元医療機関様の情報を

FAX

ご記入ください

放射線診断科 先生

患者さんの情報をご記入ください

Table with patient information: 氏名 (姓, 名), 性別 (男/女), 年齢 (西暦, 月, 日), 住所, TEL, 加古川中央市民病院受診歴 (有・無)

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

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

※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 (HR βブロッカー 有・無)

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

CTCA ご依頼の場合必ずチェックしてください

身長・体重を必ずご記入下さい

検査希望日を必ずご記入ください

\*必ずご記入下さい。

身長: cm 体重: kg

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・MRA)
骨盤部 (子宮・卵巣)
四肢/関節
下肢/関節
椎体 (頸椎・胸椎)
大血管 動脈 (胸部・腹部)
大血管 静脈 (胸部・腹部)
その他

検査部位に☑を入れ、詳細を○で囲んでください

検査項目がない場合は、その他にご記入ください

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、検査不可)

MMG ご依頼の場合は、両方・右・左を

一般撮影ご依頼の場合は、撮影部位をご記入ください

骨密度測定は、当院 整形外科受診後の検査となります

骨密度測定 ※当日、検査前に当院整形外科を受診

(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

検査 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

診断名 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: 2020年4月