

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

所在地 〒

加古川中央市民病院

名称

医師名

科名

放射線診断科

先生

TEL

FAX (必須)

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	〒		( )	歳	
					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 β ブロッカー 有 ・ 無 )

その他 ( )

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

身長・体重を必ずご記入下さい

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

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 ( )

下肢/関節 ( )

椎体 ( 頸椎・胸椎・腰椎 )

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

※条件付きMRI対応カードをお持ちの方はカードのコピーが必要となります

※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	いつでもよい	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
	都合の悪い日:		備考:	

診断名: 検査目的: \*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:  CD-R  フィルム  地域連携BOX

改訂: 2024年4月

画像出力方法をいずれか1つ選択してください