

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		

□ C T (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

□ R I

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 (肝胆脾・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 ()

・心臓ペースメーカー

・脊髄刺激電極

・人工内耳

・埋込み式インスリンポンプ

・強磁性体を含む体内金属

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 (両方 ・ 右 ・ 左)

□ 一般撮影

(撮影部位:)

□ 骨密度測定

(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: 2021 年 4 月