

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 079-451-8653

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

放射線診断科 先生

(西暦) 年 月 日

紹介元医療機関

所在地 〒

名称

医師名

科名

TEL

FAX (必須)

フリガナ		男	(西暦) 年 月 日	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	(歳)	有 ・ 無
住 所	〒		TEL	自宅 () - 携帯 () -

□ CT (単純 ・ 造影)

検査部位

- ☐ 頭部 (脳、聴覚器、副鼻腔、その他)
☐ 頸部 (甲状腺、その他)
☐ 胸部
☐ 腹部 (上腹部、全腹部、その他)
☐ 四肢/関節 (・ 左 / 右)
☐ 大血管 動脈 (胸部・腹部・上肢・下肢)
☐ 大血管 静脈 (胸部・腹部・上肢・下肢)
☐ 骨盤部
☐ CTCA (HR β ブロッカー 有 ・ 無)
☐ その他 ()

□ 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 (・ 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・腹部・上肢・下肢)
☐ 大血管 静脈 (胸部・腹部・上肢・下肢)
☐ 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 ※左記に示すものがすべて
埋込み式インスリンポンプ □ 無
刺青 脳クリップ (有の場合、要相談)
その他 ()

□ 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 (コメント) 検査依頼内容・症状・既往歴・処方・注意事項等をご記入ください。また撮像方法などございましたらご記入ください

*経過等ご説明頂く文章について、100文字を超える場合は、別途貴院の情報提供書にてご記入ください。

画像出力方法： ☐ CD-R ☐ 地域連携 BOX

改訂：2025年4月