

記入例

画像検査依頼書（診療情報提供書）

<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

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: 性別 (男/女), 年齢 (西暦 年 月 日), 患者名 (旧姓), 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

- CT検査部位: 頭部, 頸部, 胸部, 腹部, 四肢/関節, 大血管, 骨盤部, 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

MRI (単純・造影)

検査部位

- MRI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), 上腹部 (肝胆膵), 骨盤部 (子宮, 卵巣), 上肢/関節, 下肢/関節, 椎体 (頸椎, 胸椎)

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

RI

検査部位

- 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

MRI 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検査項目: 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

- MRI検査項目 (その他): 心臓ペースメーカー, 脊椎刺激電極, 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

※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

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 対応型脊椎刺激装置 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