

ふれあい横浜ホスピタル  
**診療情報提供書**  
 (放射線検査申込書)

令和 年 月 日

フリガナ		男女	明大昭平
患者様氏名			年 月 日 ( 歳)
住所	TEL ( )		
紹介元	所在地		
	医院名		
	医師名	TEL ( )	

※ 以下、該当部位に  (チェック) または  をお付けください。

放射線検査項目	<input type="checkbox"/> CT	⇒	頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> トルコ鞍 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部血管
	<input type="checkbox"/> MRI (ペースメーカー装着者不可)		脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎
	<input type="checkbox"/> MMG (乳房撮影)		胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺(右側・左側・両側)
	<input type="checkbox"/> 骨密度 (前腕部測定タイプ)		腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 一般撮影		骨盤腔	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		四肢	部位( ) 右側・左側
			血管	部位( ) 右側・左側
			その他	部位( ) 右側・左側
読影	必要 ・ 不要	画像形式	CD-R ・ フィルム	
造影剤	使用 ・ 不使用	Cr:		
	※ 造影剤使用につきましては腎機能(クレアチニン)値が必要となります。 ※ 造影剤使用の場合、下記問診票へのご記入をお願いします。 ※ クレアチニン異常値および禁忌事項に該当する方への造影検査は控えさせていただきます。 ※ CT・MRIの検査日当日の食事 AM検査の時 ⇒ 朝食× PM検査の時 ⇒ 昼食×			
診断名	(主訴)	(診断名)		
問診内容	・ 人工臓器 有 ・ 無 ( ) ・ 手術歴(時期、内容) 有 ・ 無 ( ) ・ 体内金属 有 ・ 無 ( ) ・ 歯科インプラント 有 ・ 無 ( ) ・ アレルギー・喘息 有 ・ 無 ( ) ・ 閉所恐怖症 有 ・ 無 ( ) ・ 感染症 有 ・ 無 ( ) ・ 妊娠 有 ・ 無 ( 週目) ・ 体重 ( kg)	検査目的 または 検査上の留意点など 具体的なご希望をお書きください。		

検査日時	月 日	曜日	時 分	(検査時刻の30分前来院)
------	-----	----	-----	---------------

※ ご記入頂きましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

<b>FAX番号 045-663-9779</b>	ふれあい横浜ホスピタル(代表) 045-681-5101
---------------------------	------------------------------