

診療情報提供書

(放射線検査申込書)

年 月 日

フリガナ		男	T S H R	年	月	日	生まれ 歳
患者様 氏名		女					
住所	TEL ()						
紹介元	医療機関名 所在地 TEL/FAX 医師名						

* 以下、該当部分に または をお付けください。

放射線 検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI(ペースメーカー装着者不可) <input type="checkbox"/> MMG(乳房撮影) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> RI (骨シンチ・ダットスキャン・脳血流シンチ) <input type="checkbox"/> その他()	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 頭部(VSRAD 早期アルツハイマー型認知症検査) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 <input type="checkbox"/> その他()
		読影	必要 ・ 不要
		出力形式	フィルム ・ CD

造影剤	使用 ・ 不使用 ↳ 腎機能(クレアチン)の値が必要です。 血液検査データ 持参 ・ <u>東部にて検査</u> ↳ 検査時間は約1時間です ※造影剤使用の場合、同意書へのご記入をお願いします。 ※クレアチン異常値および禁忌事項に該当する方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)
-----	------	-------

個人データ	・人工臓器 有 ・ 無() ・手術歴(時期・内容) 有 ・ 無() ・体内金属 有 ・ 無 ・アレルギー、喘息 有 ・ 無 ・てんかん 有 ・ 無 ・閉所恐怖症 有 ・ 無 ・妊娠 有 ・ 無(週) ・体重 kg ・感染 有 ・ 無()	検査目的 または 症状についての患者様情報 (具体的な読影部位のご希望がありましたらお書きください。)
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

検査日時	月 日 時	希望 ・ 確定
------	-------	---------

* ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

FAX番号 0467-89-3630	湘南東部総合病院 地域連携室 TEL.0467-89-3633
------------------------------	-------------------------------------------