

## 診療情報提供書(兼検査依頼票)

平成 年 月 日

ふれあい鶴見ホスピタル 放射線科担当者 宛

FAX : 045-586-1718

紹介元

医療機関名

医師名

印

TEL

FAX

検査希望日

第一希望	年	月	日	午前・午後
第二希望	年	月	日	午前・午後

患者様情報

ID(当院処理欄)

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 / \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳)

ご住所

TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ■ 下記確認事項に☑してください

検査項目	<input type="checkbox"/> CT	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	
	<input type="checkbox"/> MRI (単純のみ)		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 一般撮影		<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
			<input type="checkbox"/> 部位・方向を記入してください				
検査目的							
撮影の指示等							
臨床診断名							
確認事項	ペースメーカー、植え込み型除細動器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	脳動脈瘤クリップなどの体内クリップ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	人工内耳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	その他の体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(具体的に: )			
	手術既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(手術名: )			
				(手術時期: )			
	義手・義足	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	義眼	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(磁石式は施行歯科医師の許可が必要)			
アレルギー、喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
てんかん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
刺青	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
造影検査 (CTのみ)	<input type="checkbox"/> 不要						
	<input type="checkbox"/> 必要 (GFR値: _____ ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	腎機能障害がある方でGFR値を測定している場合はカッコ内をご記入ください					
検査データ (既往歴や経過)							
画像プリント	<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-ROM	<input type="checkbox"/> 不要	(所見のみ)			
読影依頼	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要					



医療法人社団 康心会

ふれあい鶴見ホスピタル

横浜市鶴見区東寺尾4-4-22

TEL 045-586-1717