

診療情報提供書（紹介状）

①原本

※1枚目は当院にFAXしてから患者様にお渡し下さい。 FAX 047-314-8020

患者様情報

紹介元医療機関名（紹介元所在地）

フリガナ

氏名

生年月日

性別 男・女

電話番号

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）

診療科名

ご担当医師名

印

| 検査区分 | 検査日 | 検査時間 |
|--|-----|--|
| <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT その他（ ） | / | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : (9:30検査のみ9:15受付) ※検査予約時間の 30分前まで にお越し下さい |

| 検査部位 | 検査目的（できるだけ具体的にお願いします） |
|------------------------|-----------------------|
| ※患者様用確認票に複写されます 傷病名 | |

| 検査部位 (原則としてMRI検査は1検査1部位) | CT・MRI造影の有無 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部（ <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MRCP） <input type="checkbox"/> その他臓器（ ） <input type="checkbox"/> 腫瘍（部位 ） <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 肩（右・左） <input type="checkbox"/> 肘（右・左） <input type="checkbox"/> 手関節（右・左） <input type="checkbox"/> 手指（右・左） <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝（右・左） <input type="checkbox"/> 足関節（右・左） <input type="checkbox"/> 足（右・左） <input type="checkbox"/> 上肢下肢（右・左・上腕・前腕・大腿・下腿） ※その他の部位についてはお電話にてご相談下さい (047-323-8686) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 検査医に一任 ※検査医の判断により造影検査を中止する場合があります。 ●血清クレアチニン値（ ）mg/dl ※3ヶ月以内の検査値がない場合原則造影不可 ※Cr値2.0以上の場合造影禁忌です。 ●薬剤アレルギーの既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合造影できないことがあります。 ●喘息・小児喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合原則造影禁忌です。 ●腎臓障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●透析治療中の方はMRI不可・CT要電話連絡 ●15歳未満は単純のみです ●未成年の方 [15歳～19歳] の造影撮影は保護者の同意が必要 です |

| 下記事項の確認をお願いいたします | | |
|---|---|---|
| ●体内金属（心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他体内金属） 具体的に [] | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ペースメーカーありの場合検査不可。その他は要確認。 | |
| ●刺青・アートメイク | ※ありの場合検査ができない場合があります。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ●入れ歯（磁石固定のタイプ） | ※ありの場合安定性が低下する恐れがあります。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ●妊娠中もしくは妊娠の可能性 | ※ありの場合原則検査不可です。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

| 画像 | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CD（簡易viewer付） | <input type="checkbox"/> 不要（画像配信・Web配信） |
| <input type="checkbox"/> CD（簡易viewer無） | <input type="checkbox"/> CD持ち帰り |

本八幡セントラル放射線科クリニック
電話番号047-323-8686
FAX番号 047-314-8020