

# 診療情報提供書（紹介状）

①原本

※①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 : 9:00 / 9:30 / 14:30 の検査は15分前受付 ※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）
※③予約票に複写されます 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（ ）またはeGFR値（ ） ※3ヶ月以内の検査値がない場合原則造影不可 ※eGFR30未満またはCr値1.0以上の場合、原則当院での造影不可 ●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 ●ビグアナイド系糖尿病薬（メトホルミン）は検査当日と前後2日間（計5日）休薬が必要です。 ●透析治療中の方はMRI造影不可・CT造影は要相談 ●未成年の方 [15歳～19歳] 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 [ ] ※ペースメーカーありの場合検査不可。その他は要確認。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
●神経刺激装置、V-Pシャント、スワンガンツカテーテルなど	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
●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）または インプラント治療後3か月以内 ※土台が磁石の入れ歯はMRI実施不可、インプラントは未固定（装着後3か月以内）はMRI実施不可です	<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、ご連絡ください。	<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