

診療情報提供書（放射線検査依頼用）

記入日 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

検査予約日

年 月 日 () 曜日

午前・午後 時 分

当院受診歴 (有・無)

患者情報記入欄

ふりがな		性別	住所	
患者氏名		(男・女)		
生年月日	年 月 日	(満 歳)	電話番号	()
主訴及び傷病名			感染症 有・無 (HB抗原・HCV・ワ氏)	
			薬剤アレルギー 有・無 ()	
依頼目的(特記事項等)				

検査項目記入欄 検査部位・その他該当する項目に○印および記入をお願いします

MRI検査	頭部(MRI+MRA) 頸部 MRCP 腹部()	単純・造影	
	脊髄(頸・胸・腰) 四肢() 骨盤腔()		血清クレアチニン: mg/dL
	非造影MRA(頸部・骨盤～下肢) その他()		(採血日: 年 月 日)
	体内金属(有・無) 挿入部位() MRI検査(可・不可)		
CT検査	頭部 副鼻腔 頸部 胸部 胸腹部 腹部()	単純・造影	
	脊髄(頸・胸・腰) 四肢()		血清クレアチニン: mg/dL
	CTA(頸・胸・腹・骨盤・四肢) その他()		(採血日: 年 月 日)
	※造影時:ピグアナイド系糖尿病薬使用(有・無) 薬品名()		
消化管検査	MDL(胃透視)	鎮痙薬注射指示(ブスコパン・グルカゴン・注射なし)	
	BE(注腸)	既往歴(心疾患・緑内障・前立腺肥大・糖尿病)	
骨密度検査	腰椎+股関節		
X線検査	部位・方向()		

その他 撮影内容等具体的な指示がございましたらご記入ください

--

村立東海病院 放射線室
電話番号 029-287-3621
FAX番号 029-287-3621