

公立宍粟総合病院 放射線科検査(CT・MRI・その他) 診療情報提供書

紹介先 放射線科 担当医

年 月 日

紹介元 医療機関名

電話 _____

担当(科) 医師名

FAX _____

患者様	(フリガナ) 氏名	M・T・S・H・R 年 月 日(歳)	性別 男・女
	住所	〒 _____ TEL _____ () _____	当院の受診歴 有・無
記号	番号		本・家
保険者番号			
公費負担者番号			
公費受給者番号			

検査日時	年	月	日()	午前・午後	時	分
-------------	---	---	------	-------	---	---

<input type="checkbox"/> CT			
撮影部位	撮影部位	検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状) ※造影検査の方はお薬手帳をご持参下さい。	
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸椎		
<input type="checkbox"/> 頭蓋	<input type="checkbox"/> 胸椎		
<input type="checkbox"/> 眼窩 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 腰椎		
<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 上肢()		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 下肢()		
<input type="checkbox"/> 胸部	撮影方法		
<input type="checkbox"/> 冠動脈(造影のみ)	<input type="checkbox"/> 単純		
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝~腎)	<input type="checkbox"/> 造影 クレアチニン値 ()mg/dl 検査日(/)		
<input type="checkbox"/> 上下腹部(肝~骨盤)			
<input type="checkbox"/> 大腸			
<input type="checkbox"/> その他()			

※腎機能不良の方は検査前後に輸液を行う場合があります。

<input type="checkbox"/> MRI		
撮影部位	撮影部位	下記の①②③に該当する方は検査ができません
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	①体内埋め込み電子機器(心臓ペースメーカー等) (+-)
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	②人工内耳 (+-)
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腰椎	③脊髄シャント(VP・VA・LP) (+-)
<input type="checkbox"/> 乳房(造影のみ)	撮影方法	
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝~臍)	<input type="checkbox"/> 単純	体内の埋め込み金属 (種類:)
<input type="checkbox"/> 上腹部(腎臓)	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	頭部・心臓の手術歴 (種類:)
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 造影 クレアチニン値 ()mg/dl 検査日(/)	刺青(いれずみ)・アートメイク (+-)
<input type="checkbox"/> 上肢()		その他注意事項 ()
<input type="checkbox"/> 下肢()		
<input type="checkbox"/> その他()		
検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状)		※造影検査の方はお薬手帳をご持参下さい。

<input type="checkbox"/> 乳房X線撮影	<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> その他(検査名:)
検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状)		