**診療情報提供書（紹介状）**

**姫路医療センター　放射線科**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関** |  |  |
| **所在地** |  |  |
| **電話番号** |  | **FAX** |
| **診療科** |  | **医師** |

**放射線画像診断担当医　御中**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 患者様氏名 | □男性 | 大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 様　□女性 |
| 住　所 | （〒　　　-　　　　） | 患者様連絡先　　　（　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査希望日 | | 第１希望　　　月　　日　　　　第2希望　　　月　　日 | |
| 傷病名　　**：** | | 疑い | |
| 紹介　目的　**：** | | | |
| （既往歴及び家族歴） | | | |
| （症状経過及び検査結果） | | | |
| **＊その他、画像診断に必要な情報があれば持参をお願いします。** | | | |
| **ペースメーカーの有無** | | **□あり**　　　　　　**□なし**  （「あり」の場合は撮影前に一度、当院にて受診していただきますのでご了承ください。） | |
| 依  頼  検  査  項  目 | □　**MRI**  □　**CT**  □**単　純**    □**造　影**  クレアチニン値  　　　 mg/dl  ( 月　　 日)　　検査 | 検査依頼部位に　☑　を記載下さい。 | |
| 頭部 | □脳・□下垂体・□副鼻腔・□聴器・□その他（　　　　 　　 ） |
| 頚部 | □頚部・□甲状腺・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 胸部 | □胸部・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 腹部 | □肝胆膵・□腎・□全腹部・□その他（　　　　　　　　 　） |
| 脊椎 | □頚椎・□胸椎・□腰椎・□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 骨盤 | □子宮卵巣・□膀胱・□前立腺・□股関節・□その他（　　　　　　） |
| 上肢 | □**右**　肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（　　　　　　　）  □**左**　肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（　　　　　　　） |
| 下肢 | □**右**大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（　　　　　　　　）  □**左**　大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（　　　　　　　　） |
| MRA | □脳MRA・□頚部MRA・□下肢MRA・□その他（　　　　　） |
| 要望事項： | |
| **マンモグラフィ** | □乳房撮影 | |
| **骨密度測定** | □骨塩定量 | |
| **R I（核医学）** | □骨シンチ・□ガリウムシンチ・□脳（脳血流・DAT）・□リンパ管 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **一般撮影** | □胸部撮影・その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

* **MRI予約には、ペースメーカー装着（検査不可）等の問診をお願いいたします。**
* 造影剤使用のCT・MRI予約依頼時は、アレルギー・喘息等に関する同意書取得をお願いいたします
* 造影剤使用のCT・MRI予約依頼時はクレアチニン値の検査結果記載もしくは結果の送付をお願いいたします。

**姫路医療センター　地域連携室**　　**電話（直通）：079-288-1355　FAX：079-225-3317**