

診療情報提供書（紹介状）

姫路医療センター 放射線科

放射線画像診断担当医 御中

医療機関

所在地

電話番号

FAX

診療科

医師

フリガナ		生 年 月 日
患者様氏名	<input type="checkbox"/> 男性 様 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>(「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。)</small>	
依 頼 検 査 項 目	検査依頼部位に <input checked="" type="checkbox"/> を記載下さい。	
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 造 影 <div style="text-align: center; color: blue; font-size: 2em;">↓</div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> クレアチニン値 mg/dl (月 日) 検査 </div>	頭部 <input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 下垂体・ <input type="checkbox"/> 副鼻腔・ <input type="checkbox"/> 聴器・ <input type="checkbox"/> その他 () 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 甲状腺・ <input type="checkbox"/> その他 () 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> その他 () 腹部 <input type="checkbox"/> 肝胆脾・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 全腹部・ <input type="checkbox"/> その他 () 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> その他 () 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣・ <input type="checkbox"/> 膀胱・ <input type="checkbox"/> 前立腺・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> その他 () 上肢 <input type="checkbox"/> 右 肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他 () <input type="checkbox"/> 左 肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他 () 下肢 <input type="checkbox"/> 右 大腿・膝・下腿・足関節・足・その他 () <input type="checkbox"/> 左 大腿・膝・下腿・足関節・足・その他 () MRA <input type="checkbox"/> 脳 MRA・ <input type="checkbox"/> 頸部 MRA・ <input type="checkbox"/> 下肢 MRA・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 乳房撮影
	骨密度測定	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
	RI (核医学)	<input type="checkbox"/> 骨シンチ・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ・ <input type="checkbox"/> 脳 (脳血流・DAT)・ <input type="checkbox"/> リンパ管 <input type="checkbox"/> その他 ()
	一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部撮影・その他 ()
	要望事項	

- * 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