

診療情報提供書(放射線依頼)

紹介医療機関			
医療機関名		医師名	
所在地	〒		
TEL		FAX	

患者情報			
フリガナ		性別	男・女
患者氏名		年齢	歳
生年月日		身長	cm
TEL		体重	kg
住所	〒		
被保険者名		記号・番号	
保険者番号		公費受給者番号	
公費負担番号		負担割合	割 本人・家族
病名			
既往歴			
感染症の有無	無 ・ HBV ・ HCV ・ STS ・ その他()		
妊娠の可能性	無 ・ 有 妊娠(週) [MRIは原則14週以降より検査可能]		
アレルギーの有無	無 ・ 有		
腎機能低下	無 ・ 有 血清クレアチニン mg/dl (年 月 日)		
ビグアナイド系糖尿病薬の服用(造影CTのみ)	無 ・ 有		

検査内容：各項目に☑または○をつけてください

CT		MRI		その他の検査
検査部位	方法	検査部位	方法	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	単純 ・ 造影	頭部： <input type="checkbox"/> 頭部 頸部： <input type="checkbox"/> 頸部 脊椎： <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 腹部： <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 骨盤： <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 乳房： <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 上肢： <input type="checkbox"/> () 下肢： <input type="checkbox"/> ()	単純 ・ 造影	<input type="checkbox"/> RI (骨シンチ) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸検査
※Thinスライスデータ： 要 不要				

検査結果	CD-R	レポート	※ 必要なものに○印
------	------	------	------------

主訴・現病歴・検査所見・詳細な検査目的部位等

ご要望)