|  |  |
| --- | --- |
| 診療情報提供書（紹介状兼画像診断依頼状） | ［紹介用］ |
| 紹介先 医療機関名 |  | 令和 |   | 年 |   | 月 |   | 日 |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 医療機関所在地 |   |
| 山　梨　病　院 | 医 療 機 関 名 |   |
| 電話番号・FAX |   |
| 担当医： 放 射 線 科　　　輿 石 強 太 宛 | 診　療　科　名 |   |
| ・ 本院受診の下記患者を紹介します。 | 医　師　氏　名 |   |
|  |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | ★選んで下さい |   | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 歳 |
|  患 者 氏 名 |  | 性　別 | ★選んで下さい | 身 長 |  | cm |
| 体 重 |  | kg |
|  患 者 住 所 |  | 電 話 番 号 |  |
| 携 帯 番 号 |  |
|  |
| 予約日時 | 令和 | 　 | 年 | 　 | 月 | 　 | 日 |  | 時 | 　 | 分 |   | 画 像 の D V D |
| 妊娠 の 可能性 | ★選んで下さい |  左記が「あり」の場合には予約時にお伝えください。 | ★選んで下さい |
| ペースメーカー | ★選んで下さい |  左記が「あり」の場合には MRI 検査はできません。 CT および RI 検査にも制約がある場合があります。 |
| 埋込型除細動器 | ★選んで下さい | ※ 指示なしは郵送させていただきます |
| 造影 の 希望 | ★選んで下さい | 造影ありの場合 | クレアチニン |  | mg/dl  | アレルギー | ★選んで下さい |
| eGFR |  | ml/min/1.73㎡ | 喘　息 | ★選んで下さい |
| 　※ 担当医の判断で造影の有無が変更される場合があります。 |
| 検 査 項 目 と 部 位 | 検 査 目 的 と 臨 床 情 報 |
| ・Ｃ Ｔ　[ ]  頭 部　　　 　　[ ]  頸 部　[ ]  胸 部　　 　　　[ ]  腹部骨盤部　[ ]  その他・詳細部位 |  1. 病名 / 主訴 |  2. 検査目的 |
|   |   |
|
|  3. 臨床経過（現病歴・既往歴・治療経過など） |
| 　　\* できるだけ詳しく記入してください。 |
| ・ＭＲＩ　[ ]  脳　　　　　 　 [ ]  M R C P　[ ]  脊 椎（ 頸・胸・腰 ）　[ ]  前立腺　　　 　 [ ]  子宮・卵巣　[ ]  その他・詳細部位 （　　 　　　 　　 　　 　）※ 骨盤部 抗コリン剤の使用（★選んで下さい）※ 体 内 金 属（ 　 　★選んで下さい 　　 ）　 （詳 細：　　　　 　　　　　　　　 　　） |   |
|
|
|
|
|
|
|
|
| ・Ｒ Ｉ（核医学） [ ]  骨シンチ　 　　[ ]  脳血流 [ ]  心筋血流（負荷の種類: ★選んで下さい） [ ]  その他・詳細部位 　（　　　　　　　 　 　　　　　　　　　 ） |
|
|
|
| ※ 参考資料がある場合には持参させてください。 |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院 | TEL：055-252-8831（代表）　　FAX：055-252-8832（放射線科直通）  |