|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |