

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	性別	(男・女)
患者氏名		(大正・昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日 (歳)	身長	cm
患者住所		電話番号	体重	kg
		携帯番号		
予約日時	令和 年 月 日 時 分	画像のDVD		
妊娠の可能性	(なし・あり)	左記が「あり」の場合には予約時にお伝えください。	(郵送・患者様に手渡し)	
ペースメーカー	(なし・あり)	左記が「あり」の場合にはMRI検査はできません。	※ 指示なしは郵送させていただきます	
埋込型除細動器	(なし・あり)	CTおよびRI検査にも制約がある場合があります。		
造影の希望	(なし・あり)	造影ありの場合	クレアチニン mg/dl	アレルギー
		eGFR	ml/min/1.73m ²	喘息 (なし・あり)

※ 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
・CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部骨盤部 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> その他・詳細部位 () ※ 骨盤部 抗コリン剤の使用 (可・不可) ※ 体内金属 (なし・あり) ()	
・RI (核医学) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 心筋血流 (負荷: 運動・薬剤) <input type="checkbox"/> 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。