

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

独立行政法人地域医療機能推進機構

山梨病院

担当医：放射線科 輿石強太 宛

・ 本院受診の下記患者を紹介します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

電話番号・FAX

診療科名

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)	身長	cm
		年 月 日 (歳)	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。
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。
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。

(郵送 ・ 患者様に 手渡し)
※ 指示なしは郵送させていただきます

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
・ C T <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。
・ M R I <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> M R C P <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) (詳細)	
・ R I (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 ()	
・ D E X A (骨密度) <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 大腿 ※ 入力は 氏名生年月日 身長・体重のみ記載で可	※ 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)