

放射線検査依頼書(兼 診療情報提供書)

令和 年 月 日

一宮市立市民病院

医療機関名

放射線診断 科

診療科及び
医師名

印

ご担当医 先生

医療機関住所

電話番号

FAX番号

★予約希望日

第1希望	月	日 ()	第2希望	月	日 ()
第3希望	月	日 ()	希望日なし		

★患者情報

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		大・昭 平・令 年 月 日	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号		携帯番号	※おわかりであれば ご記入ください

★依頼内容

経過及び依頼目的 別紙診療情報提供書参照

<p><検査項目></p> <p><input type="checkbox"/>CT ・単純 ・造影 ・単純+造影</p> <p><部位></p> <p>・頭部 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤部</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>MRI ・単純 ・造影 ・単純+造影 ・MRA</p> <p>・その他 ()</p> <p><部位></p> <p>・頭部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・骨盤部</p> <p>・乳腺 ・上腹部 ・MRCP ・EOB</p> <p>・その他 ()</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>ORI ・骨 ・その他 ()</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>骨塩定量 前回検査日 年 月 日</p>	<p>*造影時のみ記入</p> <p>体重 (kg) 歩行可・車椅子・他</p> <p>ヨード過敏 無 ・ 有 ・ 不明</p> <p>気管支喘息 無 ・ 有 (治療中/治療無)</p> <p>腎機能 正常 ・ 異常</p> <p>(CRN mg/dl)</p> <p>→検査日: 年 月 日</p> <p>アレルギー 無 ・ 有 ()</p> <p>糖尿病 無 ・ 有 (薬剤)</p> <hr/> <p>*MRI時のみ記入</p> <p>体重 (kg) 歩行可・車椅子・他</p> <p>ペースメーカー 無 ・ 有</p> <p>人工内耳 無 ・ 有</p> <p>MR非対応の体内金属 無 ・ 有</p> <p>(脳動脈クリップなど)</p> <p>義歯・歯科インプラント 無 ・ 有</p> <p>→ 着脱 (可・不可) or インプラント</p> <p>入れ墨・アートメイク 無 ・ 有</p> <p>閉所恐怖症 無 ・ 有</p> <p>妊娠 無 ・ 有</p>
---	---

一宮市立市民病院 地域医療連携室 平日 8:30~19:00、土曜 8:30~12:30
TEL (0586) 71-1933 FAX (0586) 28-7058、71-1922