

# 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

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<br>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<br>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><b>&lt;検査項目&gt;</b></p> <p><input type="checkbox"/>CT ・単純 ・造影 ・単純＋造影</p> <p>    &lt;部位&gt;</p> <p>        ・頭部 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤部</p> <p><input type="checkbox"/>MRI ・単純 ・造影 ・単純＋造影 ・MRA</p> <p>    ・その他 ( )</p> <p>    &lt;部位&gt;</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> <p><input type="checkbox"/>RI ・骨 ・その他 ( )</p> <p><b>□骨塩定量</b></p> <p>    ・前回検査日 年 月 日</p> | <p><b>*造影時のみ記入</b></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 style="text-align: right;">(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><b>*MRI時のみ記入</b></p> <p>体重 (           kg) 歩行可・車椅子・他</p> <p>心臓ペースメーカー 無 ・ 有</p> <p>人工内耳 無 ・ 有</p> <p>体内金属 無 ・ 有</p> <p>有の場合→ 脳動脈クリップ・内視鏡クリップ</p> <p>    その他 (                   )</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> |
|--|---|

いちみんネットの患者登録を希望しますか?  
 ※希望される場合は、患者さんの同意を得てカルテ等に記載をお願いします。

希望する (この依頼書で登録を行います)      希望しない      すでに登録済

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