**診療情報提供書（紹介状）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関** |  |  |
| **所在地** |  |  |
| **電話番号** |  | **FAX** |
| **診療科** |  | **医師** |

**姫路医療センター　放射線科**

**放射線画像診断担当医　御中**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 患者様氏名 | □男性 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） |
| 様　□女性 |
| 住　所 | （〒　　　-　　　　） | 患者様連絡先　　　（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査希望日 | 第１希望　　　月　　日　　　　第2希望　　　月　　日　　 |
| 傷病名　　**：** | 疑い |
| 紹介　目的　**：** |
| （既往歴及び家族歴）　　　 |
| （症状経過及び検査結果） |
| **＊その他、画像診断に必要な情報があれば持参をお願いします。** |
| **ペースメーカーの有無** | ・**□あり**（「SJM」または「NIHON KOHDEN」社製のみ撮影可）　　　　・**□なし**（「あり」の場合は撮影前に一度、当院にて受診していただきますのでご了承ください。） |
| 依頼検査項目 | □　**MRI**□　**C　T**□**単　純**□**造　影** | 検査依頼部位を○で囲む、あるいはチェック下さい |
| 頭部 | □脳　・□下垂体・□副鼻腔・□聴器・□その他（　　　　 　　 ） |
| 頚部 | □頚部・□甲状腺・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 胸部 | □胸部・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 腹部 | □肝胆膵・□腎・□全腹部・□その他（　　　　　　　　 　） |
| 脊椎 | □頚椎・□胸椎・□腰椎・□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 骨盤 | □子宮卵巣・□膀胱・□前立腺・□股関節・□その他（　　　　　　） |
| 上肢 | □**右**　肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（　　　　　　　）□**左**　肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（　　　　　　　） |
| 下肢 | □**右**大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（　　　　　　　）□**左**　大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（　　　　　　　） |
| MRA | □脳MRA・□頚部MRA・□下肢MRA・□その他（　　　　　） |
| 要望事項： |
| **R　I（核医学）** | □骨シンチ・□ガリウムシンチ・□甲状腺（ヨード・テクネ）・□副甲状腺　□副腎（髄質・皮質）・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 一般撮影 | 乳房撮影・胸部撮影・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 結果報告 | **CD-R**　（CD-R内の画像データは通常のパソコンにて参照が可能です） |

* **MRI予約には、ペースメーカー装着（検査不可）等の問診をお願いいたします。**
* 造影剤使用のＣＴ・ＭＲＩ予約依頼時は、アレルギー・喘息等に関する同意書をお願いいたします。

**国立病院機構　姫路医療センター　地域連携室**

**電話（直通）：079-288-1355　FAX：079-225-3317**