

診療情報提供書（紹介状）

姫路医療センター 放射線科

放射線画像診断担当医 御中

医療機関

所在地

電話番号

FAX

診療科

医師

フリガナ			生 年 月 日
患者様氏名	<input type="checkbox"/> 男性 様 <input type="checkbox"/> 女性	明・大・昭・平	年 月 日（ 歳）
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	<input type="checkbox"/> あり（「SJM」または「NIHON KOHDEN」社製のみ撮影可） <input type="checkbox"/>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	検査依頼部位を○で囲む、あるいはチェック下さい	
	頭部	<input type="checkbox"/> 脳 ・ <input type="checkbox"/> 下垂体・ <input type="checkbox"/> 副鼻腔・ <input type="checkbox"/> 聴器・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	頸部	<input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 甲状腺・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	胸部	<input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	腹部	<input type="checkbox"/> 肝胆脾・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 全腹部・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	骨盤	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣・ <input type="checkbox"/> 膀胱・ <input type="checkbox"/> 前立腺・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	上肢	<input type="checkbox"/> 右 肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（ ） <input type="checkbox"/> 左 肩・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（ ）
	下肢	<input type="checkbox"/> 右 大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（ ） <input type="checkbox"/> 左 大腿・膝・下腿・足関節・足・その他（ ）
	MRA	<input type="checkbox"/> 脳 MRA・ <input type="checkbox"/> 頸部 MRA・ <input type="checkbox"/> 下肢 MRA・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
要望事項：		
R I（核医学）	<input type="checkbox"/> 骨シンチ・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ・ <input type="checkbox"/> 甲状腺（ヨード・テクネ）・ <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 副腎（髄質・皮質）・ <input type="checkbox"/> 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