

診療情報提供書 ～CT・MRI検査依頼用～

平成 年 月 日

(紹介先医療機関名)

(紹介元医療機関)

日田中央病院 院長 野本 健一

TEL:0973-23-3181

FAX:0973-24-2958

病院名 _____

医師氏名 _____ (印)

電話番号 _____

患者氏名 _____ 様(□男 □女)	自宅電話 _____
生年月日 □明 □大 □昭 □平 _____年 _____月 _____日(_____歳)	携帯電話 _____
身長 _____ cm	体重 _____ kg
自宅住所 _____	
来院方法 □救急車 □自家用車 □福祉タクシー・施設車{ストレッチャー(□要 □不要)/車椅子(□要 □不要)}	

CT

検査法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影(ダイナミック) <input type="checkbox"/> CTコログラフィー
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> その他(_____)
造影剤希望の際は必ず記載して下さい(3ヶ月以内のデータ) BUN(_____ mg/dℓ) Cr(_____ mg/dℓ)	

MRI 体内金属の有無 有り 無し

検査法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任
撮影部位	頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 頸部+MRA <input type="checkbox"/> 認知症診断
	胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房
	腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝プリモビスト <input type="checkbox"/> 腹部MRA
	脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	その他(_____)
検査日時	平成 _____年 _____月 _____日 _____時 _____分 ※お電話にて決定された日時

薬物禁忌・アレルギー <input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	感染症 <input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
症状経過・治療経過及び検査結果、目的	
_____ _____ _____	
現在の処方	_____
読影結果	読影結果の返送 翌日午後(読影結果+画像CD-R)配達致します。 (金曜検査の場合月曜午後) 読影結果が至急必要な場合はお手数ですが電話にてご連絡下さい。

(来院時注意事項) ①保険証をご持参ください。②当院の受診歴がある場合は、診察券をご持参ください。

③検査の場合は、同意書が必要になりますので「印鑑」をご持参ください。

問い合わせ:日田中央病院 地域連携室(TEL:0973-23-3183)(FAX:0973-24-2958)