

診療情報提供書 ～検査依頼用～

令和 年 月 日

(紹介先医療機関名)

(紹介元医療機関)

日田中央病院 担当医

病院名 \_\_\_\_\_

TEL : 0973-23-3181

医師氏名 \_\_\_\_\_

FAX : 0973-24-2958

電話番号 \_\_\_\_\_

ふりがな

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 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

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) }

検査項目

CT  MRI  3D マンモグラフィー  骨密度 (DEXA 法)

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 コロノグラフィー
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	令和 ____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 放射線室 (TEL : 0973-23-3181) (FAX : 0973-24-2958)