

画像検査紹介状 (診療情報提供書)

独立行政法人国立病院機構
浜田医療センター

平成 年 月 日

放射線科 殿

紹介医療機関の所在地・名称

〒697-8511 島根県浜田市浅井町777番地12
TEL 0855(25)0505(代表) FAX 0855(28)7070(管理課)
(地域連携室)
TEL 0855(28)7091
FAX 0855(28)7100

検査日 年 月 日 医師名 _____ ①

患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	職 業
患者住所	電話番号 () -			
主訴及び傷病名		チェックリスト	体 重	kg
既往歴及び家族歴		アレルギー (十・一)	妊娠 (十・一)	
現病歴及び現症 検査所見 治療経過等		心臓ペースメーカー (十・一)	義眼 (十・一)	
		手術クリップ等 (十・一)	人工骨頭 (十・一)	
		体内金属 (十・一)		
		その他 ()		
処 方				<input type="checkbox"/> 読影不要 ※ チェックがない場合は読影
紹介目的				

該当検査項目を○で囲んでください。

C T 検 査		M R I 検 査		R I 検 査	
検 査 部 位	特 殊 C T	検 査 部 位	スライス方向	検 査 部 位	
1) 頭部	10) DynamicCT	1) 頭部	1) Axial	I シンチグラフィ	II 機能検査
2) 顔、頭頸部	11) CTアンギオ	2) 頸部	2) Sagittal		
3) 頸部		3) 胸部	3) Coronal	1) 甲状腺	1) 甲状腺摂取率
4) 胸部		4) 腹部	4) その他 ()	2) 肺血流	2) レノグラム
5) 上腹部		5) 骨盤	撮 影 条 件	3) 肝	
6) 下腹部		6) 脊椎 (頸・胸・腰)	1) T ¹ WI	4) 腎	
7) 骨盤		7) 四肢関節 ()	2) T ² WI	5) 骨	III スペクト検査
8) 骨・脊椎		8) その他 ()	3) DWI	6) 腫瘍	
9) その他 ()			4) MRA	7) 副腎	1) 脳血流
			5) FLAIR	8) その他 ()	2) その他 ()
			6) PDWI		
			7) その他 ()		

造 影 (有・無), ヨード造影剤副作用 (十・一), BUN ()、クレアチニン ()