

診療情報提供書(放射線科依頼用)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

伊賀市立 上野総合市民病院 放射線科

電話 0595-24-1111 内線241

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

印

患者氏名	性別	男	・	女
患者住所	体重	kg		
電話番号				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳) 職業

紹介目的 (いずれかに○をつけてください) **CT ・ MRI ・ その他()**

予約日時 平成 年 月 日 AM PM 時 分

検査希望部位	※造影希望「有」「おまかせ」の場合、記入願います
造影の希望 (有 ・ 無 ・ おまかせ)	喘息などのアレルギー性疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	造影剤での副作用歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
傷病名	*「あり」の場合具体的にご記入下さい。 () 腎機能低下の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

症状経過 ・ 検査結果など

備考

□読影結果(所見用紙)のFAX急送希望

・フィルム/CD-Rは原則として検査後に患者様にお持ち帰りいただきます。読影結果は原則として翌営業日に郵送(又は配達)となりますが、お急ぎの場合は上記備考欄にチェック願います。但し、放射線科医師出張の場合等、結果が送れる場合がありますのでご了承願います。
・MRIの非適応は「心ペースメーカー」「人工内耳」「チタン製と確認できていない脳動脈瘤クリップ」等です。他の体内金属につきましてはほぼ検査対象としていますが、ご不明の場合はお問い合わせください。