

# 診療情報提供書(放射線科依頼用)

令和 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・令	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

令和

年

月

日

AM

PM

時

分

検査希望部位

造影の希望 ( 有 ・ 無 ・ おまかせ )

※造影希望「有」「おまかせ」の場合、記入願います

	あり	なし	不明
喘息などのアレルギー性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
造影剤での副作用歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*「あり」の場合具体的にご記入下さい。

傷病名

	あり	なし
腎機能低下の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※eGFR : 造影禁忌 < 30 < 要注意 < 60 < 安全

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。