

画像検査紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

国立病院機構
関門医療センター
放射線科

紹介医療機関の所在地・名称

殿

代表 表 TEL (083) 241-1199

医療連携室 FAX (083) 241-1302

医師名 ㊟

フリガナ		男 女	明・大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日生 (歳)
住 所			
主訴及び傷病名		チェックリスト	身長 c m 体重 Kg
紹介目的		妊娠中 (+・-) 授乳中 (+・-) アレルギー (+・-) 喘息 (+・-) 造影剤副作用歴 (+・-) (薬品名)	
現病歴 検査所見 診療経過		腎疾患 (+・-) eGFR 値又は クレアチニン値 (採血日) 糖尿病 (+・-) ビグアナイド系糖尿病薬 (+・-) 心臓ペースメーカー (+・-) 人工骨頭 (+・-) 手術クリップ (+・-) その他体内人工物 ()	

該当検査項目を○で囲んでください。

CT 検査		MRI 検査		RI 検査	
検査部位	撮影方法	検査部位	スライス方式	検査部位	
1) 頭 部	1) 単純 2) 造影	1) 頭 部	1) Axial	I シンチグラフィ	II 機能検査
2) 頸 部		2) 頸 部	2) Sagittal	1) 甲状腺	1) 甲状腺接種率
3) 胸 部		3) 胸 部	3) Coronal	2) 肺血流	2) レノグラム
4) 上腹部		4) 腹部	4) その他	3) 骨	3) 肝・アシアロ
5) 下腹部		5) 骨 盤	特殊 MRI	4) 腫 瘍	III スペクト検査
6) 骨 盤		6) 脊 髄		5) 副 腎	
7) 骨・脊髄			(頸・胸・腰)	1) MRA	1) 脳血流
8) そ の 他			7) 四肢関節 ()	2) MRCP	
		8) そ の 他	3) Dynamic MRI	6) その他	
検査希望日		年 月 日			
検査希望時間		(AM、PM) : ~ :			

フィルムコピー希望 (有・無)

※フィルムコピー無しの際は当院元本を貸出いたします。コピー希望の際は貴院にフィルム代を実費請求させていただきます。

