

画像検査紹介状 (診療情報提供書)

 放射線診療同意あり

独立行政法人国立病院機構

浜田医療センター

令和 年 月 日

放射線科

紹介医療機関の所在地・名称

殿

〒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)

(地域医療連携室)

TEL:0855(28)7091 Fax:0855(28)7100

医師名

印

検査日 年 月 日

患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢	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 (+・-)	妊娠 (+・-)		
現病歴及び現症	心臓ペースメーカー (+・-)	義眼 (+・-)		
検査所見	手術クリップ等 (+・-)	人工骨頭 (+・-)		
治療経過等	体内金属 (+・-)	その他 ()		
処方			<input type="checkbox"/> 読影不要 ※ チェックがない場合は読影あり	
紹介目的				

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	特殊CT	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	1) 甲状腺	1) 甲状腺摂取率
3) 頸部		3) 胸部	3) Coronal	2) 肺血流	2) レノグラム
4) 胸部		4) 腹部	4) その他 ()	3) 肝	
5) 上腹部		5) 骨盤	撮影条件	4) 腎	
6) 下腹部		6) 脊椎 (頸・胸・腰)	1) T ¹ WI	5) 骨	III スペクト検査
7) 骨盤		7) 四肢関節 ()	2) T ² WI	6) 腫瘍	1) 脳血流
8) 骨・脊椎		8) その他 ()	3) DWI	7) 副腎	2) その他 ()
9) その他 ()			4) MRA	8) その他 ()	
			5) FLAIR		
			6) PDWI		
			7) その他 ()		
造影 (有・無) ヨード造影剤副作用 (+・-) BUN () クレアチニン ()					