

# 診療情報提供書(放射線画像検査用)

済生会今治病院

年 月 日

担当医 \_\_\_\_\_ 科

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 殿

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_

(TEL - FAX - )

フリガナ 患者氏名		男・女	TEL	( ) -
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)			
患 者 住 所				
傷 病 名				
紹 介 目 的	CT (単純・造影)                      MRI (単純・造影) ※CT・MRI部位 ( _____ ※四肢等の場合 左・右 ) RI ( _____ シンチ)              骨塩定量			
希望画像提供方法	CD-R ・ フィルム    ※CD-Rの方が詳細なデータを収載可能です			
特 記 事 項 ( CT・MRIで造影剤使用 の場合、ご記入ください )	腎障害 (有・無)、感染症 (無・HBV・HCV・その他 _____ ) 血清クレアチニン値：直近3ヶ月以内の検査結果をご記入ください。未実施 の場合は当院にて行いますので、患者様へ検査予約時間の1時間30分前に来 院して頂きますようお願いください。 ( _____ mg/dl    検査日： 年 月 日)			
症状経過・治療経過・現在の処方・既往歴等				
受 診 希 望 日 時	<input type="checkbox"/> 今からすぐ		<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃	
	<input type="checkbox"/> 日時を指定して下さい		<input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めて下さい	

※ 頭部CTAは脳神経外科宛、心臓に関するCT・RI検査は循環器内科宛、  
上記以外のCT・MRI・RI検査や骨塩定量検査は放射線科宛にご紹介下さい。

保険情報 ※保険情報は保険証・カルテのコピーでも結構です

被 保 険 者 氏 名		保険者番号	
記 号 ・ 番 号			本人・家族
事業所又は保険者名		負担割合	( 割)
重心、母子等記号番号			