

診療情報提供書（画像診断検査申込書）

記載日： 年 月 日

【患者情報】

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	才
住所	〒		自宅 ()	
連絡先			携帯 ()	
本人以外 連絡先	ふりがな 氏名	患者との関係 ()	電話 ()	
傷病名：				
紹介目的：				
症状経過・検査結果・治療経過				
腎機能（BUN： 、クレアチニン： 、eGFR(eGFRcreat)：)				
感染症（有・無）喘息（有・無）手術歴（有・無）妊娠（ 週）				
現在の処方（有・無）薬名（)				
アレルギー歴（有・無）造影剤による副作用（有・無）				

【検査を希望される画像診断項目】

<input type="checkbox"/> 単純		<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> CT ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 ※冠動脈は不可	
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節（右・左） <input type="checkbox"/> 足関節（右・左）	
	<input type="checkbox"/> 肩関節（右・左） <input type="checkbox"/> 肘関節（右・左） <input type="checkbox"/> 手関節（右・左） <input type="checkbox"/> その他（)	
<input type="checkbox"/> MRI ※1部位のみ	<input type="checkbox"/> 頭部（頭頸部MRA含む） <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩	
	<input type="checkbox"/> 腹部（MRCP含む） <input type="checkbox"/> 腹部その他（) ※MRA・EOB造影は不可	
	<input type="checkbox"/> 骨盤部（膀胱） <input type="checkbox"/> 骨盤部（前立腺・子宮・卵巣） <input type="checkbox"/> 骨盤部その他（)	
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節（右・左） <input type="checkbox"/> 膝関節（右・左） <input type="checkbox"/> 足関節（右・左）	
	<input type="checkbox"/> 肩関節（右・左） <input type="checkbox"/> 肘関節（右・左） <input type="checkbox"/> 手関節（右・左） <input type="checkbox"/> その他（)	
	体内金属（有・無）有の場合は、MRI対応であるかご確認ください。	
※左右はどちらか一方で1部位です。		
※撮影内容は当院のルーチン撮影となります。		

【検査希望日】

月～金のうち希望日と希望時間を記載してください。造影検査の予約は15:00のみ可能です。							
第1希望：	年	月	日	(15:00	15:30	16:00 16:30)
第2希望：	年	月	日	(15:00	15:30	16:00 16:30)
第3希望：	年	月	日	(15:00	15:30	16:00 16:30)

【貴院医療機関情報】

医療機関名	
主治医名	
FAX番号	

【送付先】

社会医療法人三俊会 宮崎病院
地域医療連携室（直通）
FAX：0957-25-7053