

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	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令		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】

☐ 単純 ☐ 造影	
☐ CT ※複数選択可	☐ 頭部 ☐ 顔部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ※冠動脈は不可
	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節 ☐ 膝関節（右・左） ☐ 足関節（右・左）
	☐ 肩関節（右・左） ☐ 肘関節（右・左） ☐ 手関節（右・左） ☐ その他（ ）
☐ MRI ※1部位のみ	☐ 頭部（頭頸部MRA含む） ☐ 下垂体 ☐ 眼窩
	☐ 腹部（MRCP含む） ☐ 腹部その他（ ） ※MRA・EOB造影は不可
	☐ 骨盤部（膀胱） ☐ 骨盤部（前立腺・子宮・卵巣） ☐ 骨盤部その他（ ）
	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節（右・左） ☐ 膝関節（右・左） ☐ 足関節（右・左）
	☐ 肩関節（右・左） ☐ 肘関節（右・左） ☐ 手関節（右・左） ☐ 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	曜日	(	15:00	15:30	16:00 16:30)
第2希望：	年	月	日	曜日	(	15:00	15:30	16:00 16:30)
第3希望：	年	月	日	曜日	(	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】

社会医療法人三佼会 宮崎病院
地域医療連携室（直通）
FAX：0957-25-7053