

診療情報提供書

年 月 日

一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院

〒965-8585 福島県会津若松市山鹿町3番27号

地域医療連携課 TEL (0242)-29-9832

FAX (0242)-29-9803

医療機関名

放射線科 御中

所在地

医師名

画像診断担当医 殿

電話

患者氏名	性別	生年	月	日
ふりがな	男女	年	月	日(歳)
連絡先 (自宅・携帯)		-	-	-
住所				

※下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。

竹田総合病院受診歴：有・無

傷病名及び 紹介目的				
既往歴 家族歴				
症状経過 検査結果				
治療経過				
現在の処方				
備考	予約検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> RI			
	<input type="checkbox"/> 予約日	年	月	日()曜日 午前・午後 時 分 予約
	<input type="checkbox"/> 予約日	年	月	日()曜日 午前・午後 時 分 予約

C T 検査・診断依頼書 (診療情報提供書) [2枚目]

年 月 日

医療機関名

放射線科 御中

医師名

画像診断担当医 殿

患者氏名		入外区分	
ふりがな		<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (一般病床・療養型病床) ↓ ※造影検査依頼時は記載して下さい ↓	
身長	cm	体重	kg
		Cr 値: 測定日	/ /

検査項目	
<input type="checkbox"/>	頭部 (脳・中内耳・副鼻腔・顔面)
<input type="checkbox"/>	頸部 (頸部・頸部～上縦隔)
<input type="checkbox"/>	躯幹部 (胸部・上腹部・骨盤)
<input type="checkbox"/>	脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
<input type="checkbox"/>	上肢 【右・左・両】 (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手部)
<input type="checkbox"/>	下肢 【右・左・両】 (股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足部)
<input type="checkbox"/>	その他 ()

チェックリスト (該当項目のみチェック)	
<input type="checkbox"/> 妊娠	<input type="checkbox"/> 気管支喘息
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 血液疾患
<input type="checkbox"/> 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 透析中
<input type="checkbox"/> 糖尿病内服薬服用中	<input type="checkbox"/> β遮断薬服用中
<input type="checkbox"/> 造影剤副作用歴 症状:	
<input type="checkbox"/> 上記該当項目なし	

「肺がん」疑いの場合
胸部 X 線撮影歴 (あり・なし)

検査結果の報告方法
(診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)
<input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要
<input type="checkbox"/> 結果の配送希望 <input type="checkbox"/> 結果の受け取り希望 <input type="checkbox"/> 検査データのみ当日持ち帰り希望 (報告書は後日配送)

造影 : 可 ・ 不可

検査予約日 : 月 日 AM ・ PM 時 分

※『腎障害患者におけるヨード造影剤使用に関するガイドライン』に基づき、造影検査依頼時は3ヶ月以内のクレアチニン値を記載して下さい