診療情報提供書

　　年　　月　　日

一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

**〒**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。 竹田綜合病院受診歴：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　□CT　□MRI　□PET　□RI□予約日 　　 年 月 日( )曜日 午前･午後 　時　　分　予約□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 | **□外来通院****□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 | ㎝ | 体重 | ㎏ | Cr値：測定日 | /　　　/　 |

|  |
| --- |
| **検　　　査　　　項　　　目** |
| **□　頭部　（脳・中内耳・副鼻腔・顔面）** |
| **□　頚部　（頚部・頚部～上縦隔）** |
| **□　躯幹部（胸部・上腹部・骨盤）** |
| **□　脊椎　（頚椎・胸椎・腰椎）** |
| **□　上肢　【右・左・両】（肩・上腕・肘・前腕・手関節・手部）** |
| **□　下肢　【右・左・両】（股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足部）** |
| **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
|  |

|  |
| --- |
| **チェックリスト　（該当項目のみチェック）** |
| **□　妊娠** | **□　気管支喘息** |
| **□　甲状腺機能亢進症** | **□　血液疾患** |
| **□　腎機能障害** | **□　透析中** |
| **□　糖尿病内服薬服用中** | **□　β遮断薬服用中** |
| **□　造影剤副作用歴****症状：** |
| **□　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）**

**□　フィルム必要　□　メディア不要**

* **結果の配送希望**
* **結果の受け取り希望**
* **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