

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

所在地

医師名

電 話

放 射 線 科 御中

画像診断担当医 殿

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 ☐ 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	cm	体重	kg
		Cr 値 : 測 定 日	/ /

検 査 項 目	
☐	頭 部 (脳・中内耳・副鼻腔・顔面)
☐	頸 部 (頸部・頸部～上縦隔)
☐	軀幹部 (胸部・上腹部・骨盤)
☐	脊 椎 (頸椎・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