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 |

p. 1/2

**ＭＲＩ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 ） |
|  | | | |
| 身長 | ㎝ | 体重 | ㎏ | **ペースメーカー装着者、妊娠中の方は検査ができません。** |

|  |
| --- |
| **検　　　査　　　項　　　目** |
| □　頭部（脳・下垂体・小脳橋角部・眼窩・顔面・副鼻腔・口腔・耳下腺） |
| □　頚部（頚部・甲状腺） |
| □　胸部（縦隔・乳房） |
| □　腹部（肝臓・胆管、膵臓・腎、副腎・脾臓） |
| □　骨盤（前立腺・子宮、卵巣・膀胱・臀部） |
| □　脊椎（頚椎・胸椎・腰椎・仙骨・尾骨） |
| □　上肢（肩・上腕・肘・前腕・手関節・手） |
| □　下肢（股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足） |
| □　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** |
| **□　腎機能障害** | **□　透析中** |
| **□　体内外金属**  **部位：** | |
| **□　造影剤副作用歴**  **症状：** | |
| **□　上記該当項目なし** | |

**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）**

**検査部位左右区分 ：　 右 ・ 左 ・ 両**

p. 2/２

**造影　：　　可　　・　　不　可　※透析中、腎機能障害ありの場合は不可検 査 予 約 日 ：　 月　　日　AM　・　PM　　　時　　　　分**