

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

R I 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)
身長	cm	体重 kg
		1 週間内に他の核医学検査を行っている場合は、予約時にお伝えください。

検 査 項 目	
<input type="checkbox"/> 骨 (HMDP・MDP)	<input type="checkbox"/> レノグラム (DTPA 負荷なし)
<input type="checkbox"/> 脳血流 (IMP [定性] 安静時のみ)	<input type="checkbox"/> レノグラム (MAG3 負荷なし)
<input type="checkbox"/> 脳疾患 (DaT)	<input type="checkbox"/> 腎 (DMSA)
<input type="checkbox"/> 交換神経機能 (MIBG)	<input type="checkbox"/> 副腎 (¹²³ I-MIBG [髄質])
<input type="checkbox"/> 肺血流 (MAA)	<input type="checkbox"/> 副腎 (¹³¹ I-Adosterol [皮質])
<input type="checkbox"/> 心筋 (Tc 安静時のみ)	<input type="checkbox"/> 甲状腺 (¹²³ I 甲状腺摂取率検査)
<input type="checkbox"/> 心筋 (Tl 薬物負荷+安静) *	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌トレーサー (¹³¹ I)
<input type="checkbox"/> 心筋 (Tl 運動負荷+安静) *	<input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 (Ga)
<input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝 (BMI PP)	<input type="checkbox"/> その他 ()

※負荷心筋シンチは、事前に当院循環器科の承諾が必要になります。また、負荷方法は状態により変更する場合がございます。

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"/> 授乳中
<input type="checkbox"/> 安静保持困難	<input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> 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)	
<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)	

注 射 予 約 日 : 月 日 AM ・ PM 時 分

検 査 予 約 日 : 月 日 AM ・ PM 時 分