

診療情報提供書（画像診断検査申込書）

記載日： 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 都城医療センター
放射線科 先生

【予約先：画像診断センター（直通）】
TEL/FAX 0986-23-5005

【貴院医療機関情報】

名称			
所在地			
電話番号		FAX番号	
診療科名		主治医名	

【患者情報】

貴院に	入院中・通院中	※二重登録防止のため、改姓された方は旧姓も記載ください。		
ふりがな	旧姓()			性別
氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日()才
住 所	〒	電話()-		
		勤務先・携帯電話()		
傷病名				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
症状経過・検査結果・治療経過				
腎機能(BUN: 、クリアチニン: 、eGFR(eGFRcreat):) 感染症(有・無) 喘息(有・無) 手術歴(有・無) 妊娠(週)				
現在の処方				
アレルギー歴(有・無) 造影剤による副作用(有・無)				
都城医療センターの受診歴(有・無)				
※ 画像検査歴がある場合は、画像フィルム・CDを持参ください。読影するうえで過去画像との比較が必須です。				

【検査を希望される画像診断項目】

※検査画像は、CDにてご提供いたします。

検査希望日： 年 月 日(: 頃) (□単純 □造影 □一任)

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 関節()
体内金属(有・無) 有の場合は、MRI対応であるかご確認ください。							
当院では、ペースメーカー・人工内耳・歯科矯正器具を装着されている場合、MRI検査ができません。							
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> 腎臓(□動態・□静態)	<input type="checkbox"/> 肝アシアロ	
	<input type="checkbox"/> 脳血流(□ECD・□ ¹²³ I-IMP) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチ						<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> X線撮影	<input type="checkbox"/> CT後KUB <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> 腰椎および大腿骨頸部(左・右)			<input type="checkbox"/> 腰椎のみ			
	検査希望時間 <input type="checkbox"/> 10:00~11:00			<input type="checkbox"/> 14:00~15:00 (いずれかの時間帯内でいつでも来院可)			

【保険情報】

※保険証を添付していただいて結構です。

交通事故	はい · いいえ	労災事故	はい · いいえ
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
続柄	本人 · 家族	適応年月日	