記載日：　　年　　月　　日

診療情報提供書(画像診断検査申込書)

独立行政法人
国立病院機構 **都城医療センター**　　【FAX 0986-23-5005】

放射線科　　先生

【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、結婚等で改姓された方は旧姓を記載ください。	
ふりがな 氏　名	旧姓(　　)		性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　　(　　)才		
住　所	〒	電話 (　　)　　－	

その他連絡先　勤務先電話 または 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・治癒経過:

腎機能 (BUN:　　クレアチニン:　　)

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)

備考:国立都城病院受診歴 (有 ・ 無)
読影の為、画像フィルム・CDを持参下さい

【検査を希望される画像診断項目】

検査希望日:　　年　　月　　日(　　:　　頃)　(□単純　□造影　□一任)

□ CT	□頭部　□顔部　□頚部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□その他(　　)
□ MRI	□頭部　□顔部　□頚部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□その他(　　)
	□頚椎　□胸椎　□腰椎　□股関節　□膝関節　□肩関節　□関節(　　)
	ペースメーカ(有 ・ 無) ・ 体内金属(有 ・ 無) を確認して下さい。
	コンタクトレンズ・貼り薬等は入室前に取り外して頂きますので、ケース等の準備をして頂くようお伝えください。
□ RI	□骨　□ガリウム　□甲状腺　□腎機能　□肝機能　□その他(　　)
□ 一般撮影	□CT後KUB　□その他(　　)
□ 乳腺撮影	
画像提供	□CD　□フィルム　(どちらか指定ください)

【保険情報】 ※保険証を添付していただいても結構です

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	

画像診断センター　　共同利用直通電話（Fax 兼用）0986-23-5005