

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： 、クレアチニン： 、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"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> 脳血流 <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"/> 乳房撮影（左・右）
<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	