

診療情報提供書 (検査依頼用)

令和 年 月 日

地方独立行政法人

くらて病院

〒807-1311
鞍手郡鞍手町小牧2226-2
TEL 0949(28)7516(放射線科直通)
TEL 0949(28)7557(検査科直通)
FAX 0949(42)4391

紹介医療先施設名
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号
担 当 医 師 名

印

| | | | |
|------|-----------------|-------------|-------|
| 患者氏名 | フリガナ | 様 | ○男 ○女 |
| 生年月日 | ○大正 ○昭和 ○平成 ○令和 | 年 月 日生 (歳) | |

| | |
|---------------|--|
| 傷病名 依頼目的 | |
| 既往歴 (手術歴等) | |
| 現在の処方 備考 | |

| | | |
|-----------|-------------|-----|
| 放射線検査予約日時 | 月 日 ○午前 ○午後 | 時 分 |
|-----------|-------------|-----|

| | |
|------|--|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> () |
| 検査内容 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影 |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> その他 () |

CD-R 《○要 ○不要》 フィルム 《○要 ○不要》 読影結果のみ

| | |
|-------|--------------|
| 患者様情報 | 妊娠：(○有 ○無) |
|-------|--------------|

CT/MRI造影検査のみ、ご記入ください。

腎機能：(Cre mg/dl) (BUN値 mg/dl) (eGFR) 検査日： 月 日

ヨード剤アレルギー：(○有 ○無) ※CT造影：eGFR<45、MRI造影：eGFR<30は造影検査不可となります。

気管支喘息/アトピー性皮膚炎/蕁麻疹/食物・薬物アレルギー等のアレルギー性疾患：(○有 ○無)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用：(○有 ○無) ※CT造影検査当日と検査後48時間服用中止

病歴 (○なし ○甲状腺疾患 ○心臓病 ○肝臓病 ○腎臓病 ○糖尿病 ○その他)

※Cre・BUN値・eGFRが未記入の場合、当院にて検査を実施させていただきます。

その場合、腎機能検査実施のため、検査予約時間の1時間前にご来院頂きますようお願いいたします。

※アレルギー性病変【有】の場合：ステロイド剤の前投与が必要となることがあり、検査が延期、または、中止となる可能性があります。ご了承ください。

MRI検査のみ、ご記入ください。

体内金属 (○有 ○無 / 詳細)

※詳細な問診は、当院にてさせていただきます。

※放射線検査の予約につきましては、放射線科直通【0949(28)7516】へご連絡をお願いいたします。

| | | |
|----------|-------------|-----|
| 臨床検査予約日時 | 月 日 ○午前 ○午後 | 時 分 |
|----------|-------------|-----|

| | |
|------|---|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> 超音波検査(腹部・体表・心臓・血管・頸動脈) <input type="checkbox"/> 神経伝導速度 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他 () ※PSG、負荷心電図は事前の診察が必要となります。 |
|------|---|

CD-R 《○要 ○不要》 ※超音波検査に限ります。

※臨床検査の予約につきましては、検査科直通【0949(28)7557】へご連絡をお願いいたします。