一般財団法人
倉敷成人病センター
Kurashiki Medical Center

画像診断検査　診療情報提供書（紹介状）

年　　月　　日

放射線　　科　　浅川　徹　　先生

紹介元医療機関
名称　　住所

診療科　　医師氏名　　TEL

印　FAX

フリガナ		旧姓	性別	生年月日	年齢
患者氏名			□男 □女	□大 □昭 □平 □令　年　月　日	歳
〒 住所				電話番号	
当院受診歴	□有 カルテNo.　（　　）□無　□不明				

主訴・検査目的	
症状経過及び治療経過・検査所見	

スペースが不足する場合は、別紙等へ記載をお願いいたします。
または、下側のチェック欄をご記入の上、貴院様式の診療情報提供書を添付いただくことでも予約可能です。

ご希望の検査及び部位等へチェックの上、必要に応じて日付や数値のご記入をお願いいたします。

CT	□頭部　□副鼻腔　□頸部　□胸部　□上腹部　□腹部骨盤　□骨盤部 □胸部～骨盤　□四肢　□その他（　　）
MR	□頭部（□全脳MR　□頭部MRA　□頸部MRAを含む）　□頭部精査　□頸部　□頸椎 □胸椎　□腰椎　□上腹部　□MRCP　□骨盤部　□骨　□軟部 □MRA（大動脈～下腿部）　□その他（　　）
RI	□骨　□Ga　□脳血流（□^{123}I　□Tc）　□甲状腺（TI+Tc） □甲状腺摂取率（□^{123}I　□Tc）　□肺血流　□レノグラム　□心筋交感神経（MIBG） □副腎（MIBG）　□線条体シンチ（DAT）　□その他（　　）
その他	□DEXA（骨密度）□その他（　　）
造影	□不要　□要　□放科一任
腎機能検査値	血清クレアチニン　　mg/dℓ 検査日　　年　　月　　日
医学的に望ましい受診までの期間※	□当日　□　　日以内 □　　週間以内
希望日（指定がある場合のみ）	第１希望　　月　　日　□午前　□午後 第２希望　　月　　日　□午前　□午後
土曜日の予約対応可否（造影不要の場合のみ）※	□土曜も可　□不可
画像ﾃﾞｰﾀ	□不要、□要（CD-R）

※患者様の待ち時間がなるべく少ない日程で調整する参考とさせていただきますので、症状等にあわせたご記入にご協力のほどお願いいたします。