

画像診断検査 診療情報提供書(紹介状)



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

年 月 日

放射線科 浅川 徹 先生

科 先生

※放射線科撮影後、専門科の診察が必要な場合のみご記入ください。

紹介元医療機関の所在地・名称

TEL _____

医師氏名

印

FAX _____

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住 所 〒	電話番号 () —		

主訴・検査目的
症状経過及び治療経過・検査所見

CT	頭部・頸部・胸部・上腹部・腹部骨盤・骨盤部・胸部～骨盤・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・消化管出血・メッケル・レノグラム・副腎(MIBG)・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
希望日	緊急 (当日・ 日以内) ・ 日までに ・ 希望日 月 日 (午前・午後)
画像コピー	不要・必要 (CD-R・フィルム)