放射線検査(CT/MRI/骨密度)依頼申込書（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

美幌町立国民健康保険病院　　地域医療連携室　宛

専用FAX：0152-77-3122　　代表電話：0152-73-4111

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 紹介元医療機関　　 | 名称：住所：依頼医師名：　　　　　　　　　　　　　　㊞TEL　　　　　　　FAX |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　(　　　　歳) |
| 性別 | 　　　 　 男　　・　　女 |
| 連絡先 | (日中連絡の取れる電話番号)　　　　(　　　　　)　　　　　　－ |
| 美幌町立国民健康保険病院への来院歴　　　　無　・　有　　　　(診察券番号：　　　　　　　　) |
| 検査希望日時：　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分より | 身長　　　　　cm | 体重　　 kg |
|  |
| 依頼検査 | C　T | [ ]  頭部　[ ]  眼窩　[ ]  副鼻腔　[ ]  頚部　[ ]  甲状腺　[ ]  胸部　[ ]  腹部　[ ]  骨盤部[ ]  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| MRI(※MRIチェックリストをあわせて提出願います。) | 頭部（[ ]  頭部　[ ]  頭部＋頭部MRA　 [ ]  下垂体　[ ]  眼窩　[ ]  脳神経・内耳）頚部・胸部（[ ]  頚部　[ ]  頚部MRA　 [ ]  甲状腺　[ ]  耳下腺・顎下腺　[ ]  胸部(縦隔)）腹部（[ ]  肝臓　[ ]  膵臓　[ ]  MRCP　 [ ]  腎臓　[ ]  副腎）骨盤部（[ ]  女性骨盤　[ ]  前立腺　[ ]  膀胱）脊椎（[ ]  頚椎　[ ]  胸椎　[ ]  胸腰移行椎　[ ]  腰椎　[ ]  全脊柱）四肢（[ ] 右・[ ] 左）（[ ]  肩関節　[ ]  肘関節　[ ]  手関節　[ ]  股関節　[ ]  膝関節　[ ]  足関節）[ ]  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 骨密度 | [ ]  腰椎・右大腿DEXA法(※１週間以内に造影検査、RIを受けていると検査ができない場合がありますのでご相談ください) |
| 撮影手技 | 　[ ]  単純　　[ ]  造影　　[ ]  単純＋造影 | (※造影の場合は、造影剤同意書をあわせて提出願います。) |
|  |
| 臨床診断名 |  |
| 臨床経過・現症・検査目的・検査法の指示等 |  |
|  |
| CT・MRI読影の有無 | 　[ ] 無　　・　　[ ] 有 　 | ([ ] 有の場合、検査結果CD-ROMを検査当日に提出希望) |
| 心臓ペースメーカーの有無 | [ ] 無　　　　・　　　　[ ] 有 |
| 体内埋め込み型除細動器の有無 | [ ] 無　　　　・　　　　[ ] 有 |
| 妊娠中・妊娠の可能性 | [ ] 無　　　　・　　　　[ ] 有 | (有の場合、検査不可) |

