**画像検査紹介状（診療情報提供書）**

　　　　年　　　月　　　日

国立病院機構

関門医療センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介医療機関の所在地・名称

　　放射線科

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　殿 |

代表　　TEL（083）241-1199

医療連携室　　FAX（083）241-1302　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男　・　女 | 明・大・昭・平・令 |
| 患者氏名 |  | 　　年　月　　日生（　　歳） |
| 住所 |  |
| 主訴及び傷病名 |  | チェックリスト | 身長　　ｃｍ体重　　　Kg |
| 紹介目的 |  | 妊娠中（＋　・　－） | 授乳中（＋　・　－） |
| アレルギー（＋　・　－）　　　　　　　　喘息 （＋　・　－） |
| 造影剤副作用歴（＋　・　－）　（薬品名　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現病歴検査所見診療経過 |  | 腎疾患（＋　・　－）eGFR値又は　クレアチニン値（　　　　　　　　　採血日　　　　　） |
| 糖尿病（＋　・　－）　　　ビグアナイド系糖尿病薬（＋　・　－） |
| 心臓ペースメーカー（＋　・　－） | 人工骨頭（＋　・　－） |
| 手術クリップ（＋　・　－） | その他体内人工物（　　　　　　　　　） |
| 該当検査項目を○で囲んでください。 |
| CT検査 | MRI検査 | RI検査 |
| 検査部位 | 撮影方法 | 検査部位 | スライス方式 | 検査部位 |
| 1）　頭部2）　頚部3）　胸部4）　上腹部5）　下腹部6）　骨盤7）　骨・脊髄8）　その他 | 1）　単純2）　造影 | 1）　頭部2）　頚部3）　胸部4）　腹部5）　骨盤6）　脊髄（頚・胸・腰）7）　四肢関節　（　　　　）8）　その他 | 1）　Axial2）　Sagittal3）　Coronal4)　その他 | Ⅰシンチグラフィ　1）　甲状腺　2）　肺血流　3）　骨　　4）　腫瘍　5）　副腎　6）　その他 | Ⅱ機能検査　1）　甲状腺接種率　2）　レノグラム　3）　肝・アシアロ |
| 特殊MRI | Ⅲスペクト検査 |
| 　1）　MRA　2）　MRCP　3）　Dynamic MRI | 　1）　脳血流 |
| **検査希望日** | **年　　　月　　　日** |
| **検査希望時間** | **（AM、PM）　　　　　：　　　　～　　　：** |

フィルムコピー希望　（有・無）

※フィルムコピー無しの際は当院元本を貸出しいたします。コピー希望の際は貴院にフィルム代を実費請求させていただきます。

★