**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）　Axial  2）　Sagittal  3）　Coronal  4)　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。

★