

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

医療法人 伯鳳会

大阪中央病院 放射線科御中

医療機関名

TEL

FAX

医師名

患者詳細	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭	年	月	日
	氏名				平・令	(歳)
	住所	〒 TEL : (日中連絡がとれる電話番号) 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯						

検査区分	
<input type="checkbox"/> CT(低線量64列CT)	<input type="checkbox"/> MRI(1.5T)
検査希望日時	
第1希望	令和 年 月 日 ()曜日 (AM・PM : 頃)
第2希望	令和 年 月 日 ()曜日 (AM・PM : 頃)

希望の撮影部位にチェックお願い致します。(複数可)		
<input type="checkbox"/> 頭部(全脳・その他頭部)	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
<input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔・心臓・乳房)	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎)	
<input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・膀胱)	<input type="checkbox"/> 四肢(右・左)	
<input type="checkbox"/> その他()		
造影		
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 検査医に委任 Cre eGFR
(造影検査が必要な場合、eGFRまたはクレアチニンの値を記載下さい。未検査の場合は当日持参下さい。)		
患者様への放射線科医からの結果説明の希望有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

主訴

臨床診断・検査目的

感染症、薬剤アレルギー、造影剤使用の既往歴、その他留意事項等

備考 1. 画像診断のフィルム、CD-R、検査記録などをご持参してください。

2. 病診連携受付専用 FAX 06 (4795) 5535 TEL 06 (4795) 5533(直通)

大阪中央病院

