診療情報提供書（紹介状）

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医療法人　伯鳳会

大阪中央病院　放射線科御中

TEL

FAX

医師名

患者詳細	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭　　年　　月　　日 平・令　　（　　歳）
	氏名				
	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	
□ CT（低線量128列CT）	□ MRI（1.5T）
□ レントゲン検査	□ 骨密度検査
□ エコー（頚部　・心臓　・腹部　・下肢V・下肢A：その他）	□ 血液検査
□ 血圧脈波：ABI	□ その他検査（　　）

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）

□ 頭部（ 全脳　・　その他頭部　）	□ 頚部	□ 脊椎（ 頚椎　・胸椎　・腰椎　・仙椎　）
□ 胸部（ 肺野　・縦隔　・心臓　・乳房　）		□ 腹部（ 肝　・胆　・膵　・腎　）
□ 骨盤（ 子宮　・卵巣　・前立腺　・膀胱　）		□ その他（　　）

□ 整形領域 － 肩（右･左）、上肢（右･左）、股関節（右･左）、骨盤輪 、 膝（右･左）、下肢（右･左）

造影

□ 無　　□ 有　　□ 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。）

読影所見（CD作成）お渡し希望日

□当日本人渡し　　□ 後日郵送（1～3日）

患者様への放射線科医からの結果説明の希望有無　□ 無　　□ 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