

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

医療機関名	
TEL	
FAX	
医師名	
医療法人 伯鳳会	
大阪中央病院 放射線科御中	

患者詳細	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭平・令	年	月	日	(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(頸部・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)	☐ 頸部	☐ 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
☐ 胸部(肺野・縦隔・心臓・乳房)	☐ 腹部(肝・胆・膵 MRCP・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、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