

診療情報提供書

(ふれあい町田ホスピタル 放射線検査申込書)

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	M T S H	年 月 日 (生まれ 歳)
氏名				
住所	TEL ()			
紹介元	病医院名 所在地 医師名	TEL ()		

*以下、該当部分に または をお付けください。

検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> MMG (乳房撮影) <input type="checkbox"/> MRI (ペ-ス-カ-装着者不可) <input type="checkbox"/> 一般撮影 (1方向・2方向)	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()
	提供媒体		フィルム(半切)・CD-R・不要

造影剤	使用 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 不使用 <input type="checkbox"/> ↳ 腎機能(クレアチニン)の値が必要です。血液検査データ 持参 ・ 町田ホスピタルにて検査 ↳ 検査時間 約1時間 クレアチニン1.7以上および禁忌事項に該当する方の造影検査は控えさせていただきます。 CT、MRIの検査日当日の食事 AM検査の時 朝食× PM検査の時 昼食×
-----	--

診断名	(主訴) (診断名)
-----	------------

問診	・人工臓器	無・有 ()	検査目的 または 症状についての患者様情報	
	・手術歴 (時期・内容)	無・有 ()		
	・体内金属	無・有 ()		
	・造影剤過敏症	無・有 (ヨード・Gd・その他)		
	・感染症	無・有 ()		
	・アレルギー	無・有 ()		・腎機能 (造影時) Cr値 ()
	・閉所恐怖症	無・有 ()		・喘息 無・有 ()
	・てんかん	無・有 ()		・妊娠 無・有 (週)
・体重	k g (MR検査時のみご記入ください)			

検査希望時期	検査予約 年 月 日 () 時
--------	------------------

*ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

FAX番号 0427 - 98 - 1122	ふれあい町田ホスピタル(代表) TEL.0427-98-1121
---------------------------	-------------------------------------