

放射線科用 診療情報提供書

(CT・MRI・PET-CT検査依頼書)

鹿児島市立病院 放射線科 電話受付 宛

令和 年 月 日

☎ ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

Fax 099-230-7112(直通)

紹介元	医療機関名		診療科	
	住所	〒	電話番号	
	医師名		FAX番号	
依頼検査	検査名 (目的・部位 造影の有無等)	<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影) / <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) / <input type="checkbox"/> PET-CT (検査の主体となる部位を記入)		
	検査日	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分		
フリガナ		生年月日(和暦・西暦)	年齢	性別
患者氏名		年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒	電話番号	本人・続柄()	
			必ず連絡可能な番号の記入を!	
主訴又は病名				
紹介目的 ・ 経過				
留意事項	各医療機関の様式をご利用いただいても結構です。 情報提供書別紙(有・無)			
体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位 (<input type="checkbox"/> MRI対応)			
薬剤アレルギー	()			
その他	()			
eGFR	造影の場合、3ヶ月以内のデータ mg/dl 令和 年 月 日			
心臓CT検査	・βブロッカの使用 (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可)			
チェック欄	・血管拡張剤(ニトログリセリン舌下)の使用(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			
紹介用画像	・CD-ROM (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)			

- 当日ご来院時に、1階総合受付まで来て頂けますようお願い致します。
- 造影検査に際し、eGFRの検査をご希望の場合、検査開始90分前にご来院いただけますようお願い申し上げます。
- 検査前確認事項

現在状況	外来 ・ 入院	糖尿病	無 ・ 有(空腹時血糖 mg/dl)
20分静止	可能 ・ 不可能(静止法)	感染症	無 ・ 有()
移動方法	歩行 ・ 杖 ・ 車イス・ ()	妊娠可能性	無 ・ 有
移動	介助不要 ・ 要介助	病状告知	無 ・ 有()
排尿	介助不要・要介助(オムツ・バルーン)	ペースメーカー	無 ・ 有
その他の留意点・ 必要な処置等			

[原則、当院より患者様への結果説明はいたしません。必要な場合は、その旨をご連絡ください。]

※お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙を

「放射線科 電話予約宛」へFAX送信してください。 FAX099-230-7112

ファックス後この用紙をお手元に保管してください。