

## 診療情報提供書 (CT・MRI検査依頼用)

令和 年 月 日

田川市立病院 病院長 殿

貴院の名称

FAX 0120-551-920  
(又は0947-46-5030)

所在地

電話 0120-100-446  
(又は0947-46-5035)

医師氏名

印

電話

予約日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
(フリガナ)	生年月日		性別
患者氏名	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		男・女
患者住所	電話番号		
検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有りの場合、クリアチニン値・体重のご記入を必ずお願いいたします。
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		血清クレアチニン値 mg/dl 体重 kg 最終測定日 年 月 日
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( )	<input type="checkbox"/> 骨盤 ( )	
	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )	<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	
	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 )	
	<input type="checkbox"/> 腹部 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
診断名			
検査目的 病歴 家族歴等			
現在の処方			
ペースメーカーの有無	有・無	ビグアナイド系の糖尿病薬 処方の有無	有・無 CT造影では、ビグアナイド系の糖尿病薬は、可能であれば、 検査の前々日から、検査後48時間まで服用を中止して下さい。
体内金属の有無	有・無	※有の場合は、部位や素材、挿入年月日など出来るだけ詳しくご記入ください。 ( )	
感染症	有・無・不明 ( )	アレルギー	有・無・不明 ( )
妊娠	有・無・不明 ( )	気管支喘息	有・無・不明 ( )
閉所恐怖症	有・無・不明 ( )	甲状腺疾患	有・無・不明 ( )
過去の造影剤での副作用の有無	有・無・不明 ( )		

電話予約後、医療支援センターへFAXしてください。本紙は検査当日に受付にご提出ください。

田川市立病院 医療支援センター

電話 0120-100-446 (直通) FAX 0120-551-920