

診療情報提供書 (CT・MRI検査依頼用)

平成 年 月 日

田川市立病院長 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 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、医療連携室へ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 医療連携室

電話 0120-100-446 (直通) FAX 0120-551-920