

# 紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

FAX No.

倉敷中央病院 放射線診断科 小山 貴 先生

0120-36-7272  
086-425-1805

紹介元医療機関の所在地・名称

TEL \_\_\_\_\_

医師氏名

FAX \_\_\_\_\_

フリガナ	生年月日: 西暦	年	月	日	歳
患者氏名	男・女	住所			
倉敷中央病院受診歴 無・有 (カルテ No. _____)		電話			

主訴・検査目的
症状経過及び治療経過・検査所見

希望日	当日緊急	・	準緊急 ( 日以内)	・	月	日までに
	第1希望:	月	日 ( )	( 午前	・	午後 )
	第2希望:	月	日 ( )	( 午前	・	午後 )
緊急所見が見つかった場合の関連科との緊急連携について			希望しない (希望されない場合のみ○で囲ってください)			

希望検査・部位	CT	頭部/眼窩・副鼻腔/側頭骨/頸部/胸部/腹部(上腹部・下腹部・全腹部)/脊椎(部位: ) 四肢・骨(部位: )/3D-CTAngio(部位: )/その他(部位: )	
	MR	頭部: 頭部スクリーニング/頭部精査(下垂体・聴神経・眼窩、その他: ) 頭頸部: 頸部/副鼻腔/耳下腺顎下腺/口腔・舌・咽喉頭/頸動脈プラーク 胸部: 肺/縦隔・食道/乳腺 上腹部: 胆膵(MRCP)/肝/肝EOB(フリビスタ造影MRI)/腎・副腎 下腹部: 尿路(腎-尿管-膀胱)/膀胱/前立腺/陰のう・精巣/子宮・卵巣 脊椎: 頸椎/胸椎/腰椎/仙尾部 骨軟部: (部位: )、関節: (部位: ) ※左右も記載ください 大血管MRA: (部位: )、その他: (部位: )	
	一般核医学	骨/ガリウム/唾液腺/メッケル憩室/消化管出血 甲状腺テクネ+摂取率/甲状腺テクネ+タリウム/副甲状腺/副腎髓質/肺血流/腎静態/腎動態レノグラム 脳血流IMP/脳血流HMPAO/脳ダットシンチFP-CIT/心交感神経MIBG/その他( )	
	PET/CT	検査適応チェックリスト・紹介状の2枚を同時にお送りください。 体重( Kg)	
	その他	乳腺マンモグラフィ、骨塩定量、超音波(甲状腺・腹部)	
造影	不要・要・一任	腎機能検査値 (造影要・一任は要記入)	血清クレアチン mg/dℓ、BUN mg/dℓ
			検査日 年 月 日 (3ヶ月以内)
画像CD-R		不要・必要	

当院にて記入	検査予約日時	年	月	日 ( )	時	分
	その他					