

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

医師氏名

TEL

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)

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-CT angio(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(プリアビスタ造影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(K g)		
	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		