

【予約検査用（CT/MRI/骨密度）】診療情報提供書（紹介状）

検査申込日

年 月 日

医療機関名		医師名	申込担当:	
所在地	〒	電話番号/FAX番号	電話	FAX

患者基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
患者氏名			<input type="checkbox"/> 女		年	月	日	歳
住所	〒	電話番号	携帯番号		自宅			
				当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:)			<input type="checkbox"/> 無

日時調整先 ①②のどちらかを 選択	<input type="checkbox"/> ①患者	※「電話予約案内・予約票」、「説明書」をお渡し下さい。 電話でのやり取りが困難な患者さんについては、従来通り ②を選択してください。	<input type="checkbox"/> ②かかりつけ医
	(従来通りの医療機関同士での調整) ※概ね30分以内に予約票を返信します。		
	希望日	月 日 曜日	午前・午後

希望検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> CTC (仮想内視鏡) 検査		
検査目的						
撮影部位	頭部 <input type="checkbox"/>	頭部 <input type="checkbox"/>	頸部 <input type="checkbox"/>	頸椎 <input type="checkbox"/>	腰椎 <input type="checkbox"/>	
	胸/腹部 <input type="checkbox"/>	胸部 <input type="checkbox"/>	腹部 <input type="checkbox"/>	関節/他 <input type="checkbox"/>	四肢 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
造影希望	有無 <input type="checkbox"/>	有り <input type="checkbox"/>	無し <input type="checkbox"/>	3D表示 <input type="checkbox"/>		
	腎機能 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	異常 <input type="checkbox"/>	クレアチニン	mg/dl (3ヶ月以内のデータ)	
特殊指示	CT <input type="checkbox"/>	内臓脂肪測定 <input type="checkbox"/>	肺 LAA解析 <input type="checkbox"/>	3D表示 <input type="checkbox"/>		
	MR <input type="checkbox"/>	脳VSRAD(認知症解析)				

チェックリスト

来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー					
補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	/	安静	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	不可
脳室シャント	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有		酸素	<input type="checkbox"/>	不要	<input type="checkbox"/>	要
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		人工弁	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		血管ステント	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		体内神経刺激装置	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
義肢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		義眼	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
インプラント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		妊娠	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
付属物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 輸液	<input type="checkbox"/> DIBキャップ	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ドレーン			
その他金属片	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (材質及び部位:)			<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップがあるが検査を行う			

【依頼される先生方へのお願い】

患者氏名、撮影部位、撮影目的のほかに、造影CTを依頼される場合は腎障害の有無を、MRIを依頼される場合は上記チェックリストを必ず、ご記載願います。 CTC検査は、消化器内科の診察の上、後日の検査となります。

【骨密度検査患者の状態チェックリスト】

身長		cm	体重		kg		
骨折歴	腰椎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	手術歴	腰椎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	左股関節	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		左股関節	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	右股関節	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		右股関節	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

【依頼される先生方へのお願い】

当院は、腰椎及び股関節で測定を行っています。上記チェックリストの記載を必ず願います。

連絡先	神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室 FAX:078-579-1943
	<受付時間>月曜日～金曜日:9時00分～19時00分 土曜日:9時00分～13時00分