【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	□	男	生年月日	□	大正	□	昭和	□	平成	□	令和
患者氏名							年		月		日		歳
			□	女	当院受診歴	□	有（ID:　　）					□	無
住所	〒				**電 話 番 号**	携帯番号　　自宅							

日時調整先 **①②のどちらかを選択**	□ **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。**	□ **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		□	**CT**	□	**MRI**	□	**骨密度検査**			
検査目的										
撮影部位	頭部	□	頭部	□	頸部	脊椎	□ □	頸椎 胸椎	□	腰椎
	胸／腹部	□	胸部	□	腹部	関節/他	□	四肢	□	その他
造影希望	有無	□	有り	□	無し	□	３D表示			
	腎機能	□	正常	□	異常	クレアチニン	**mg/dl (3ヶ月以内のデータ)**			
特殊指示	CT	□	内臓脂肪測定	□	肺 LAA解析	□	３D表示			
	MR	□	脳VSRAD(認知症解析)							

チェックリスト

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

【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。

【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	□	無	□	有	手術歴	腰椎	□	無	□	有
	左股関節	□	無	□	有		左股関節	□	無	□	有
	右股関節	□	無	□	有		右股関節	□	無	□	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お願いします。

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**