

医療機器共同利用依頼書兼照射録 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

独立行政法人国立病院機構 石川病院宛

ID _____ (石川病院で記入)

フリガナ 患者様氏名 生年月日・性別等 M・T・S・H 年 月 日 (歳) 性別 男・女 職業	紹介元医療機関の所在地及び名称 電話番号 ご担当医師名 印
--	--

傷病名

紹介目的	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	→ 心臓ペースメーカー等 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他()	* CT撮影条件 120kV 200mA 1秒	
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> MRA()
		<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 両股関節
	<input type="checkbox"/> 四肢()		<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> MRI検査施行上、問題となる体内金属(ペースメーカー等)はありません。					
検査予約日時 平成 年 月 日 時 分					
<input type="checkbox"/> 骨評価					

読影レポート 要 不要 (チェックの無い場合は、読影レポート不要と判断させていただきます。)

既往歴及び家族歴

現在の処方

症状・治療経過及び検査の具体的な指示

MRIをご利用の場合は、事前の予約が必要になります。ご希望の予約枠を○でお囲みください(複数選択可)

※CT、骨密度をご利用の場合は、予約不要です。

予約希望日時① 平成 年 月 日()(9:00 9:40 10:20 11:00 13:30 14:10 14:50 15:30)

予約希望日時② 平成 年 月 日()(9:00 9:40 10:20 11:00 13:30 14:10 14:50 15:30)

備考 造影検査の場合は、紹介受診でお願い致します。

担当技師 _____ CD-R ____ 枚 使用フィルム 半切 ____ 枚 (石川病院で記入)