

医療機器共同利用依頼書兼照射録 (診療情報提供書)

令和 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 T・S・H・R 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	
傷病名			
紹介目的	☐ CT	☐ 頭部 ☐ 胸部 → 心臓ペースメーカー等 (☐ 有・ ☐ 無)	
	☐ 腹部	☐ その他() * CT撮影条件 120kV 200mA 1秒	
	☐ MRI	☐ 頭部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ MRA()	
	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 両股関節		
	☐ 四肢() ☐ その他()		
	☐ 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 令和 年 月 日 時 分		
	☐ 骨評価(紙出力)		
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			

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 (石川病院で記入)