

診療情報提供書

(検査依頼用)

C T ・ M R I ・ その他()

(予約日時) 令和 年 月 日 時 分 に検査予約されました

(記載年月日) 令和 年 月 日
(紹介元医療機関)

北海道中央労災病院
地域医療連携室 宛

住所

名称

〒068-0004 岩見沢市4条東16丁目5番地
代表 TEL(0126)22-1300
FAX(0126)22-7771

電話

FAX

医師氏名

印

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		住所	TEL
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)		

1. C T (部位: 脳、肺、縦隔、肝、脾、胆のう、腎、骨盤腔、その他) 単純・造影	
2. M R I (部位: 脳、下垂体、顎関節、上顎、頸部、小脳、橋角部、縦隔、心臓、肝、脾、腎、骨盤腔、頸椎、胸椎、腰椎、四肢、MRA、左膝・右膝、その他) 単純・造影	
3. マンモグラフィー 4. エコー(部位:) 5. R I ()	
患者の状態 (わかる範囲で ご記入ください)	身長(cm) 体重(kg) 歩行可・車椅子・ストレッチャー 感染症(有・無) 痴呆(有・無) 対内外金属(有・無) 薬剤過敏(有・無) 造影剤過敏(有・無) ペースメーカー(有・無)

主訴又は傷病名	
既往歴	
症状経過 治療経過	

この欄にはご記入なさないでください

先生方にはお世話になっております。下記についてご協力をお願いします。

*この用紙は検査依頼のみの場合にご使用ください。また、造影剤使用の際は説明及び同意書の同封をお願いします。

- 受診当日は、この用紙と健康保険証等をご持参ください。当院の診察券をお持ちの方は、診察券も忘れずにお持ちください。
- 検査はすべて予約制となりますのでTEL、FAXにてご予約ください。
- 造影CT検査の場合は、検査前一食は抜き、水分(お茶・水)は制限いたしません。
*検査前の脱水状態を防止するために積極飲水の指導をお願い致します。

放射線科検査予約 TEL (0126)22-1300 内線331 / FAX (0126)32-2372