

診療情報提供書 画像診断検査

20 年 月 日

山形市立病院 済生館 放射線科 担当医 宛

済生館カルテ番号

フリガナ

氏名

男・女

生年月日 (T, S, H,) 年 月 日 (歳)

住所 〒

職業

電話

予約方法

- ① 電話予約 023-626-6516 地域医療連携室
- ② この診療情報提供書を、FAX 023-626-6517 します
- ③ 患者さんに、この「診療情報提供書」と、画像診断検査「受診のご案内」をお渡しください

貴医療機関名

住所

電話

ご担当医師名

病名

検査部位

紹介目的 症状経過、検査結果、既往症、処方、特記事項など。 必要な撮影シーケンス、撮像方法の希望など。

検査予約日

20 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分

検査30分前までに
ご来院ください

検査種類

- MRI
 CT

造影検査の必要性

- 無
 有

腎機能低下、気管支喘息、造影剤アレルギーの場合、造影はできません

結果 送付方法は、CD-ROMが標準です

フィルムが必要な場合、CD不要の場合は、チェック下さい

- フィルム (240円/枚) 不要 (ネット閲覧)

検査前確認事項

心臓ペースメーカー

- なし あり (検査不可)

MRI対応機器の場合、要相談

埋めこみ型除細動器

- なし あり (検査不可)

体内金属、装置など

- なし あり

()

妊娠

- なし あり (検査不可)

造影を希望する場合は、記載ください

腎機能

未測定

血清クレアチニン値 () mg/dl

または eGFR () ml/min/1.73m²

測定日 (20 年 月 日)

造影剤副作用

- なし あり 初回

気管支喘息

- なし あり

糖尿病

- なし あり

服用薬 ()

山形市立病院 済生館

地域医療の拠点として、皆様の健康と幸福を守ります

(代表) 023-625-5555 (地域医療連携室) 023-634-7116

予約 ☎ 023-626-6516 FAX 023-626-6517