

診療情報提供書

令和 年 月 日

(兼 検査依頼書)

はりま病院

先生

紹介元

TEL _____

医療機関

医師名

FAX _____

フリガナ

紹介患者氏名

男・女

大・昭・平・令
年 月 日生
(歳)

受診歴
有・無

住 所

TEL _____

紹介目的
(御希望の検査
□に☑を入れ必
要事項を記入し
て下さい)

- ① 胃ファイバー
 ② 大腸ファイバー
 ③ CT 部位: 単純・ 造影 (造影時必須 eGFR 値:)
 ④ MRI 部位: 単純・ 造影 (造影時必須 eGFR 値:) (体重: kg)
 (*撮影指示: MRA・MRCP・その他:)
 ⑤ 骨塩定量検査 (DEXA 法: 2 部位測定)
 ⑥ エコー (□腹部・□心臓) ホルター心電図
 その他 ()

- ◆ ① ②の検査を受けられる方で、抗凝固剤を服用されている方は、お薬の種類をお知らせください。
(お薬名:)
- ◆ ③のCT造影検査の場合、3ヶ月以内の eGFR 値が 45 以下の場合は造影検査をお受けすることは出来ません。
(* eGFR 値 30~45 だが指示する場合はサインをお願いします。)
- ◆ ④のMRI造影検査の場合、3ヶ月以内の eGFR 値が 30 以下の場合は造影検査をお受けすることは出来ません。

*③条件付造影 CT eGFR 値 30~45: 腎機能異常あるが造影剤使用を指示します。 依頼医師サイン _____

受診希望日

- 第1希望(月 日 時 分) 第2希望(月 日 時 分)
 希望日なし

①診断名 ②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥その他

*現在透析中患者

★ MRI 検査に必要な項目なので、必ずチェックしてください

◎体内金属 有 無 ◎ペースメーカー 有 無 その他 ()

所見 要 (後日郵送: 紙) 要 (後日郵送: CD-R に書き込み(+画像)) 不要

CD-R 要 (当日) 要 (後日郵送) 不要

フィルム 要 (当日のみ) 不要

はりま病院 検査予約センター

FAX 078-942-5815

TEL 078-942-5489