診療情報提供書

　　年　　月　　日

一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

**〒**965-8585　福島県会津若松市山鹿町３番２７号

地域医療連携課　TEL　(0242)－29－9832

FAX　(0242)－29－9803

医療機関名

　　放射線　　科　　御中　　　　　　所在地

医師名

　　　画像診断担当医　　　　殿　　　　　　電　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 性　別 | 生　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな | 男　女 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
|  | 連絡先（自宅・携帯） | 　　　　－　　　　　 －　　　　　　　　　　 |
| 住　所 |  |

※下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。 竹田綜合病院受診歴：有・無

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名及び紹 介 目 的 |  |
| 既　往　歴家　族　歴 |  |
| 症 状 経 過検 査 結 果 |  |
| 治 療 経 過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備 　考 | 予約検査　□CT　□MRI　□PET　□RI□予約日 　　 年 月 日( )曜日 午前･午後 　時　　分　予約□予約日 　　 年 月 日( )曜日 午前･午後 　 時　　分　予約  |

**ＲＩ検 査 ・ 診 断 依 頼 書（診療情報提供書）〔２枚目〕**

　　年　　月　　日

医療機関名

　　放射線　　科　　御中

医師名

　　　画像診断担当医　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 入外区分 |
| ふりがな | **□外来通院****□入院中**( 一般病床・療養型病床 ） |
|  |
| 身長 | ㎝ | 体重 | ㎏ | **1週間内に他の核医学検査を行っている****場合は、予約時にお伝えください。** |

|  |
| --- |
| **検　　　査　　　項　　　目** |
| **□　骨　（HMDP・MDP）** | **□　レノグラム　（ＤＴＰＡ　負荷なし）** |
| **□　脳血流　　（ＩＭＰ [定性]　安静時のみ）** | **□　レノグラム　（ＭＡＧ３　負荷なし）** |
| **□　脳血流　　（ＥＣＤ [定性]　安静時のみ）** | **□　腎　　　　（DMSA）** |
| **□　脳疾患　（DaT）** | **□　副腎　（123I-MIBG　[髄質]　）** |
| **□　交換神経機能　（ＭＩＢＧ）** | **□　副腎　（131I-Adosterol　[皮質]　）** |
| **□　肺血流　　（MAA）** | **□　甲状腺　（123I　甲状腺摂取率検査）** |
| **□　心　筋　　（Ｔｃ　安静時のみ）** | **□　甲状腺癌トレーサー （131I）** |
| **□　心筋脂肪酸代謝　　（ＢＭＩＰＰ）** | **□　腫瘍・炎症　（Ｇａ）** |
| **□　ソマトスタチン受容体　（In-DTPA-OC）** | **□　その他　　（　　　　　　　　　　　）** |

|  |
| --- |
| **チェックリスト　（該当項目のみチェック）** |
| **□　妊娠** | **□　授乳中** |
| **□　安静保持困難** | **□　介助必要** |
| **□　上記該当項目なし** |

**検査結果の報告方法**

**（診断報告書 + 全画像データDICOMメディア）**

**□　フィルム必要　□　メディア不要**

* **結果の配送希望**
* **結果の受け取り希望**
* **検査データのみ当日持ち帰り希望
（報告書は後日配送）**

**注 射 予 約 日 ：　 月　　日　AM　・　PM　　　時　　　　分**

**検 査 予 約 日 ：　 月　　日　AM　・　PM　　　時　　　　分**