

紹介状（診療情報提供書）兼 放射線検査申込書

申込日 年 月 日

中部徳洲会病院 放射線科 TEL・FAX：098-923-0264

予約制となっておりますので、事前にFAXをしていただき、お電話をお願い致します。

原本は検査時に持参するよう患者様にお伝えください。

〒901-2393
中頭郡北中城村字比嘉801番地
医療法人徳洲会 中部徳洲会病院

放射線科 具志堅 益一 先生

紹介元医療機関	
医療機関名：	
所在地：	
連絡先：	
紹介医：	

フリガナ		フリガナ		性別	男・女
患者様氏名		旧姓			
住所					
生年月日	年	月	日 (歳)	連絡先	
検査希望日	① 月 日 (AM PM)	② 月 日 (AM PM)			

傷病名	
紹介目的 現病歴 症状	

検査内容・単純・造影・検査部位の該当項目に○を付けてください。

検査内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ C T M R I (単純 造影) 造影の場合は、別紙【同意書】を記入しFAXお願い致します。 ※腎機能値 CRE _____ mg/dl MRIの場合は、別紙【問診票】を記入しFAXお願い致します。 ・ R I (骨シンチ ガリウムシンチ タクトスキャン 安静脳血流シンチ(Tc,I) 安静心筋シンチ(Tc,Tl,MIBG)) ・ D E X A (腰椎 大腿骨)
検査部位	頭部 頭部VSRAD 頸部 胸部 腹部 (肝 胆 膵 腎 MRCP) 頸椎 胸椎 腰椎 骨盤部 (前立腺 子宮 卵巣) 冠動脈3DCT 四肢・関節 (部位 :) その他 ()

画像データCD	要 ・ 不要
---------	--------

※ 閉所恐怖症で安定剤（セルシン等）が必要であれば、貴院での処方をお願い致します。
 ※ ペースメーカーの方は「条件付きMRI対応カード」と「手帳」のコピーをFAXし、検査当日も必ずご持参ください。
 なお、当日の体調や機械の状況によっては撮影できない場合もございますので予めご了承ください。