

## 診療情報提供書（画像検査依頼書）

（西暦） 年 月 日

**予約専用 FAX**  
**0795-88-5231**

紹介元医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

兵庫県立丹波医療センター  
放射線科 \_\_\_\_\_ 先生

フリガナ		男  女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
氏名	（旧姓）		TEL	
（旧姓）			当院受診歴	有 ・ 無
住所	〒 _____			
検査希望日	① 月 日    ② 月 日    ③ いつでも可			
検査目的（コメント）	検査依頼内容、症状、既往歴及び家族歴、現在の処方等をご記入ください			
CDR コピー： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				

**\* 造影を希望される場合は、**

腎機能検査と問診票・同意書の確認、署名をお願いいたします。

<p><input type="checkbox"/> CT （単純・造影）</p> <p>以下のものを確認してチェック→<input type="checkbox"/>全て無し</p> <p style="text-align: center;">●心臓ペースメーカー ●ICD</p> <p>検査部位 <input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腹部 <input type="checkbox"/>脊椎 <input type="checkbox"/>3DCT <input type="checkbox"/>その他（      ）</p>	<p><input type="checkbox"/> MRI （単純・造影）</p> <p>以下のものを確認してチェック→<input type="checkbox"/>全て無し</p> <p style="text-align: center;">●心臓ペースメーカー ●脊髄刺激電極 ●妊婦 ●人工内耳 ●閉所恐怖症 ●植込み式インシュリンポンプ ●強磁性体を含む体内金属</p> <p>検査部位 <input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>VSRAD <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>乳腺 <input type="checkbox"/>腹部 <input type="checkbox"/>脊椎 <input type="checkbox"/>その他（      ）</p>
<p><input type="checkbox"/> RI</p> <p>検査部位 <input type="checkbox"/>骨シンチ <input type="checkbox"/>脳血流シンチ <input type="checkbox"/>DATスキャン <input type="checkbox"/>その他（      ）</p>	<p><input type="checkbox"/> MRA</p> <p>検査部位 <input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>その他（      ）</p>
<p><input type="checkbox"/> 骨密度測定</p> <p>検査部位 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>大腿骨頸部 <input type="checkbox"/>腰椎+大腿骨頸部</p>	

\* 3DCTのお渡しは後日郵送となります