

兵庫県立西宮病院

年 月 日

診療情報提供書(放射線依頼) 地域医療連携センター TEL 0798-34-5174

FAX 0798-34-4436

紹介医療機関			
医療機関名		医師名	
所在地	〒		
TEL		FAX	

患者情報							
フリガナ		体重	kg	性別	男・女	年齢	歳
患者氏名							
生年月日	年 月 日						
住所	〒						
TEL							
職業							
被保険者名		記号・番号					
保険者番号		公費受給者番号					
公費負担者番号		負担割合	割	本人・家族			
病名							
既往歴							
感染症の有無	無・HBV・HCV・STS・その他( )						
妊娠の可能性	無・有 妊娠( )週 (MRIは原則14週以降より検査可能)						
アレルギーの有無	無・有						
腎機能低下	無・有	血清クレアチニン	mg/dl	(	年	月	日)
ビグアナイド系糖尿病薬の服用(造影CTのみ)	無・有・不明						

検査内容			
検査種別	検査方法	検査部位	頭部・頸部・胸部・乳腺・乳房・腹部(肝)・腹部(胆・膵) 腹部(腎)・上～下腹部・骨盤(子宮・卵巣) 骨盤(膀胱・前立腺)・脊椎・上肢・下肢・胃・腸・骨シンチ
CT・MRI・RI・注腸 胃透視・骨塩定量	単純・造影 ISOTOPE		
検査結果	CD-R ・ レポート 希望 必要なものに○印		
主訴・現病歴・検査所見・詳細な検査目的部位等			