

診療情報提供書(検査依頼書)

公立藤岡総合病院

作成日 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関

検査希望

(CT・MRI・RI・放射線治療・骨密度・X-P)

医師氏名 _____

平成 年 月 日 AM・PM 時 分

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
患者氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	才
住所	市 町	番地	電話	
体重	kg	※造影検査での造影剤使用量や、MRI での出力の目安として用います。		

検査部位

脳 頭頸部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 上肢 下肢
頸椎 胸椎 腰椎 【RI】骨シンチ PET-CT 【放射線治療】診察

造影剤使用の有無

無 有

感染症の有無

無 有 HBV、HCV、HIV、ワ氏、その他（ ）

検査の前処置

CT : 造影剤を使用する場合には、直前食を食べないで下さい。飲水（水かお茶）は推奨されます。

MRI : 腹部・骨盤内臓器を撮影する時のみ、造影有無に関わらず直前食は控えて下さい。その他は、造影であっても食事制限はありません。飲水（水かお茶）は可能です。

RI : 骨シンチは午後検査前の排尿のみです。午前の注射前は特にありません。

【重要】 造影CT・MRI・PET-CT 検査においては、必ず当院指定の同意書を作成し、この診療情報提供書と一緒にFAXして下さい。

臨床診断・依頼目的・撮影指示（具体的に）

公立藤岡総合病院（代表）
患者支援センター（直通）

TEL:0274-22-3311
TEL:0274-22-6039 FAX:0274-24-7002

