診療情報提供書 （検査依頼書）

作成日　　年　　月　　日

公立藤岡総合病院

＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿先生　　紹介元医療機関

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		性別	生年月日			
患者氏名			年　月　日			
住　所				年齢		歳
電話番号		携帯番号				
身　長	cm	体　重	kg	※造影剤使用量や、MRIでの出力の目安として用います。		
検査日	年　月　日　□ 午前　□ 午後　時　分					

依頼検査	□ CT	□ MRI	□ RI	□ PET-CT	□ 骨密度
検査部位	□ 脳	□ 脳	□ 骨		
	□ 頭頸部	□ 頭頸部	□ 脳血流(ECD)		
	□ 頸部	□ 頸部	□ DAT		
	□ 胸部	□ 胸部	□ 心臓交感神経(MIBG)		
	□ 腹部	□ 腹部	□ 肺血流(MAA)		
	□ 骨盤部	□ 骨盤部	□ レノグラム（MAG3）		
	□ 上肢	□ 上肢	□ その他		
	□ 下肢	□ 下肢			
	□ 頸椎	□ 頸椎			
	□ 胸椎	□ 胸椎			
	□ 腰椎	□ 腰椎			
造影剤使用	□ 無　□ 有				
感染症有無	□ 無　□ 有　□ HBV　□ HCV　□ HIV　□ ワ氏				

臨床診断・依頼目的・撮影指示（具体的に）

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ください。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、造影剤の有無に関わらず直前食は控えてください。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】 CT造影・MRI・PET-CT検査においては、必ず当院指定の同意書を作成し、この情報提供書（検査依頼書）と一緒にFAXしてください。

送信先 ： 公立藤岡総合病院 患者支援センター

電話番号 ： 0274-22-6039 （直通）　FAX番号 ： 0274-24-7002 （直通）