

診療情報提供書 (画像診断依頼書)

セントラルクリニック提出用

紹介元

紹介先

医療機関名の住所及び名称

医療法人禎心会セントラルクリニック

札幌市中央区大通西17丁目1-27

診療科

担当医師

電話番号

患者様情報

下記の患者様の読影を含めた画像診断を依頼します。

フリガナ		性別	男・女	電話番号			
患者様氏名	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
患者様住所	〒						
検査日	月	日 ()	検査開始時間	時	分~	検査種	MRI・CT・PET/CT

依頼検査内容

依頼検査	検査部位					
<input type="checkbox"/> CT (単純・造影)	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ()
<input type="checkbox"/> MRI (単純・造影)	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腎・副腎	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 心大血管	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 骨盤骨
<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)		<input type="checkbox"/> MRA ()	<input type="checkbox"/> 四肢 ()		
<small>*PET/CTのご依頼の時には 別添用紙の保険適用範囲にも記載をお願いいたします。</small>	<input type="checkbox"/> 頭頂部~骨盤	<input type="checkbox"/> その他部位 ()	<input type="checkbox"/> その他部位 ()			

患者様状態

■ 身長	cm	■ 感染症	無・有 ()
■ 体重	kg	■ 体内金属	無・有 ()
■ 糖尿病	無・有 FBS ()	■ MRSA	保菌・感染症 (部位)
■ 腎機能異常	無・有 (血中クレアチニン mg/dl) ※造影検査の場合は必ずご記入下さい		

診断・経過・検査目的について

臨床診断名⇒	
↓症状経過及び今回の検査目的、撮影・読影に対する希望についてをご記入下さい。	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

読影送付希望日時

月 日 時頃まで

 報告書FAX希望

読影報告書FAX希望の場合は右欄にFAX番号の記載をお願い致します。→

()

画像出力方法

■ フィルム⇒	<input type="checkbox"/> 当日患者様にお渡し	<input type="checkbox"/> 郵送 (貴院着払いで送付いたします)
■ CD-R ⇒	<input type="checkbox"/> 当日患者様にお渡し	<input type="checkbox"/> 郵送 *PET検査の場合はCD-RとA4サイズの画像ペーパーを郵送となります

お問い合わせは
セントラルクリニックへ

FAX 011-623-1132

(本提供書は事前にFAXをお願いいたします)

TEL 011-623-1131