

診療情報提供書・検査依頼書(札幌道都病院提出用兼FAX用)

医療法人社団 **札幌道都病院**

令和 年 月 日

| | | | |
|---|---|-------------------------------|---------------------|
| 住所 〒 065-0017 札幌市東区北17条東14丁目3番2号 TEL 011-731-1155 (代表) TEL 011-731-5800 (放射線部直通) FAX 011-731-5801 (放射線部) | | ご紹介 医療機関名称 主治医師名 連絡先 | |
| フリガナ | | 住所 | |
| 患者様氏名 | | 様 | |
| (大・昭・平・令) 年 月 日生 (男・女) | | (Tel) | |
| 依頼検査 | 検査日 | 年 月 日 時 分 | 投与日(RIのみ) 年 月 日 時 分 |
| <input type="checkbox"/> CT [10分] <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※MRIは撮影に時間を要するため同日検査は①～⑥まで1項目です。 | ① 頭部 (<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> VSRAD) [20分] ② 胸部 (<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 縦隔) [30分] [造影45分] ③ 上腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎) [30分] [造影45分] ④ 骨盤腔 (<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺) [30分] ⑤ 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) [各20分] ⑥ その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> RI | <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 甲状腺(Tc) <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> 骨密度 [10分] | 画像形式 (<input type="checkbox"/> プリント <input type="checkbox"/> CD) | | |
| 病名 | | | |
| 臨床経過・検査依頼目的・撮像方法など | | | |
| ※造影検査時、ご記入お願いいたします。 ありの場合は該当項目に○をつけて下さい。 造影剤副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (嘔気、嘔吐・くしゃみ・発疹・そう痒・その他()) 気管支喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (現在症状あり・治療中で症状なし・治療終了して5年以内) プレドニン処方 <input type="checkbox"/> 処方済み <input type="checkbox"/> 道都病院で処方(月 日 来院) | | | |

下記は必要であればご記入ください。

| | |
|------|--|
| 画像形式 | <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム |
| 読影報告 | <input type="checkbox"/> 月 日までに郵送 <input type="checkbox"/> 月 日までにFAX |

※黒枠内をご記入の上、下記番号にFAXお願いいたします。

FAX(011)731-5801