

# 診療情報提供書 兼 放射線検査依頼書 (FAX用紙)

山中胃腸科病院地域連携室行き

貴医療機関名		紹介医師名	
--------	--	-------	--

**\* 患者様基本情報**

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	様	生年月日	T・S・H 年 月 日
		年齢	歳
住所	〒	電話番号	

検査予約日時	平成	年	月	日	時	分
--------	----	---	---	---	---	---

**\* 検査依頼項目**

検査目的	傷病名、紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方 (詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します)
------	--

検査部位; 以下の項目にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (単純のみ)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	ルーチン検査(CC・MLO方向のみ) *女性技師担当
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	木曜のみ(午前10時~12時) *女性医師担当
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	DXA法
<input type="checkbox"/> 一般撮影	胸部・腹部・整形( )・撮影( )方向

**確認事項 (安全に検査を行うため、事前にご確認お願い致します)**

MRI検査禁忌 (該当する場合は検査が行えません)	
・心臓ペースメーカー装着者	有 ・ 無
・脳動脈瘤クリップ	有 ・ 無
・歯科用磁気アタッチメント(マグフィット携帯者)	有 ・ 無
・人工中耳、人工内耳、金属の義眼底	有 ・ 無
・妊娠中または妊娠の可能性	有 ・ 無
MRI検査注意 (該当する場合は検査ができない場合があります)	
・整形外科手術の体内金属 (人工骨頭、人工関節、骨接合用ネジなど)	無 ・ 有 (施術 年 月)
・血管内コイル、ステント	無 ・ 有 (施術 年 月)
・アートメイク	無 ・ 有
・歯科用インプラント(事前に歯科医にご確認下さい)	無 ・ 有
・閉所恐怖症	無 ・ 有
・ニトログリセリン真皮浸透絆創軟膏	無 ・ 有
・入れ墨	無 ・ 有

CT検査禁忌 (該当する場合は検査が行えません)	
・妊娠中または妊娠の可能性	有 ・ 無

マンモグラフィ検査禁忌 (該当する場合は検査が行えません)	
・妊娠中または妊娠の可能性	有 ・ 無
・豊胸手術をしている	有 ・ 無
・妊娠中または妊娠の可能性	有 ・ 無

医療法人社団 山中胃腸科病院  
 地域医療連携室  
 FAX:059-347-1018  
 FAX:059-346-5865