

CT・MRI検査予約申込書兼診療情報提供書(紹介状)

FAX番号 0875-56-3306

令和 年 月 日

三豊総合病院 地域医療連携室 宛 受診希望科 放射線科 受診希望日 令和 年 月 日 都合の悪い日 ()	紹介元医療機関名 住 所 医 師 名 (印) 電話番号 FAX番号
---	---

ふりがな	性 別 (男・女)
患者氏名	旧姓() 電話番号 () -
患者住所	
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現在貴院にて (入院中 ・ 通院中)	(どちらかに○印をお願いします)
当院受診歴(あり ・ なし)	三豊総合病院 ID (おわかりの場合ご記入ください。)

※【臨床診断】【検査目的】【その他コメント】は必ずご記入ください

【臨床診断】
【検査目的】
【その他コメント】

一般撮影	胸部・腹部・その他()	X線骨塩定量(※画像診断のみ)
------	--------------	-----------------

CT検査 造影(有・無)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他() 内耳道・副鼻腔・脳動脈3D-CT・心臓CT・下肢動脈CT
-----------------	--

【造影チェックリスト(造影ありの場合のみ)】

- ヨード造影剤使用経験(有の場合は副作用 無・有) ヨード過敏症
甲状腺機能亢進症 全身状態低下 重篤な腎障害 気管支喘息

放射線被ばくに関する説明済

MRI検査 造影(有・無)	腹部・MRCP(膵・胆管)・骨盤部・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) 頭部・頸部・頭部(認知症)・内耳道・下肢動脈・下肢静脈 その他()
------------------	---

【MRIチェックリスト】 閉所恐怖症 無・有 手術歴 無・有()

心臓ペースメーカー・除細動器(無・有) → 有の場合で条件付きMRI対応の場合は循環器内科宛にもご紹介ください

【造影チェックリスト(造影ありの場合のみ)】

- MRI造影剤使用経験(有の場合は副作用 無・有) 重篤な腎障害

医療関係者各位

- 1 折り返し返信する“紹介患者様の受診日のお知らせ”とこちらの“診療情報提供書”を患者様にお渡しください。
- 2 当日は保険証(マイナンバーカード)を必ず持参していただくようにお伝えください。
- 3 必要がある場合は検査の記録等を添付してください。
- 4 患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

※予約状況により、ご希望にお応えできない場合があります。

その場合、連絡を差し上げ調整の上、予約日時を決めさせていただきます。ご了承ください。

お問い合わせ先 三豊総合病院 地域医療連携室 0875-56-3305(直通)