**診療情報提供書兼　　　　　　　紹 介・検査依頼書**

|  |
| --- |
| 依　 頼　 患　 者　 |
| ふりがな |  | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 性別 | □男　　　　　□女 | 電話 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　歳 | 当院受診歴 | □無　　　　　□有 |

|  |  |
| --- | --- |
| 予約日時 | 年　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　　　時　　　　　分 |
| 来院時間 | 総合受付2番に　　　　　　時　　　　　　分　→　画像センター受付50番\*予約時間の45分前までにご来院ください． |
| 検査種別 | □CT | □MRI | □RI |
| 検査部位 |  |  | □脳血流(IMP)□DATスキャン□心筋交感神経(MIBG H/M比)□骨シンチ□肝アシアロ□その他( 　　　　 ) |
| 確認項目 | 直近2週間以内のバリウム検査□無　□　有IDC(植込み型除細動器)□無　□　有 | ペースメーカ・人工内耳　□無　□有\*有りは検査できません．その他体内金属　　　　　□無　□有\*詳細は検査目的欄にご記入ください．閉所恐怖症　□無　□有\*有りは検査できない場合があります． |
| 造影 | □有　下にご記入ください↓　　　　　　　□無 |
| クレアチニン値(　　　　　)mg/dl　　　eGFR(　　　　　)ml/分/1.73m2\*直近3ヶ月を目処に腎機能のチェックをお願いいたします．造影剤アレルギー　□無　□有　(□CT　□MRI)喘息　□無　□有【CTのみ】　甲状腺機能亢進症　□無　□有 |
| **患者様へ放射線診療を行うリスク・ベネフィットを考慮した検査の必要性について説明した上で*** **同意を得ている　　　・**□**同意を得ていない**

紹介元医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼医TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |

|  |
| --- |
| 疾患名・既往歴・処方薬 |
| 検査目的・主旨等をご記入ください．体内金属がある場合もこちらに詳細をご記入ください． |

　　　　**医療法人創起会**　**くまもと森都総合病院**

　　　　**予約受付（直通）TEL：３６４－９７９２　FAX：３６２－７８２３　　熊本市中央区大江３－２－６５**

**※前日までに同依頼書のFAX送信をお願いします。**