

FAX : 076-243-1292 (KKR 北陸病院 地域医療連携室)

診療情報提供書

KKR 北陸病院

放射線科 宇野 幸子 宛

紹介医療機関名：

医師名：

電話番号：

フリガナ 患者氏名	様	生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	

紹介目的：下記検査を依頼します。

【依頼希望日】希望検査日時を記載ください。

依頼希望日	令和 年 月 日 (曜日) AM ・ PM
-------	-------------------------

【依頼項目】希望検査項目と撮影方法の口にチェックし、部位を記載ください。

<input type="checkbox"/> CT 依頼	部位：	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> おまかせ
	(インプラント用 CT の場合は部位にその旨明記ください)	
<input type="checkbox"/> MRI 依頼	部位：	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> おまかせ
<input type="checkbox"/> RI シンチ依頼	シンチ名：	

【留意点】アレルギーの有無と腎機能値(造影剤使用の場合のみ)を記載ください。

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
腎機能値	Cr：	eGFR：	※MRI の造影は GFR が 30ml/min 未満は造影禁忌

【特記事項】傷病名、依頼内容詳細など

KKR 北陸病院 地域医療連携室 担当：神保・鮎川・表 TEL：076-241-1259