

放射線科検査申込書(診療情報提供書)

西暦 年 月 日

西宮市立中央病院 患者総合支援センター 宛

放射線科	医師
受診希望日	西暦 年 月 日()
検査種	
<input type="checkbox"/> CT撮影(単純)	<input type="checkbox"/> CT撮影(造影)
<input type="checkbox"/> MRI撮影(単純)	<input type="checkbox"/> MRI撮影(造影)
<input type="checkbox"/> 一般撮影	<input type="checkbox"/> 透視検査(注腸)
<input type="checkbox"/> DEXA(骨密度)	

医療機関

所在地

紹介医

電話 () —

FAX () —

印

ふりがな	生年	M	T	S	H	R
患者氏名	月日					年 月 日
様	男・女	年齢				
患者住所	〒	—				
電話番号	()	—				
当院受診歴の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ 不明 <input type="checkbox"/>						

病名		既往歴及び家族歴
紹介目的		
腎機能低下(造影検査依頼時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (血清クレアチニン mg/dl (年 月 日)	
ビグアナイド系糖尿病薬の服用(造影CT検査依頼時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	

症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等【薬剤アレルギー：有(薬剤名)・無】