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　地域医療連携室　宛

放射線科　　医師	医療機関
受診希望日　西暦　　年　　月　　日(　　)	
検査種 ☐CT撮影（単純）　☐CT撮影（造影） ☐MRI撮影（単純）　☐MRI撮影（造影） ☐一般撮影　☐骨シンチ ☐透視検査（注腸）　☐DEXA（骨密度）	所在地 紹介医　　㊞ 電話　（　　）　　― FAX　（　　）　　―

ふりがな 患者氏名　　様　男・女　　歳	生年月日	M　T　S　H 年　　月　　日	
患者住所　〒　　―			
電話番号（　　）　　―			

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）	☐ 無 ☐ 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）	☐ 無　☐ 有　☐ 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】

西宮市立中央病院　地域医療連携室
FAX　（0798）67-4896
電話　（0798）64-1540
受付　平日　8:30 ～ 19:00
土曜　8:30 ～ 12:00