



紹介状(診療情報提供書)

玉島中央病院
放射線センター
担当医

貴医療機関	
所在地	
電話番号	
担当医	

検査予約日時： 年 月 日 / 時 分

ふりがな 患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年	月	日
		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
患者住所	〒 -					
連絡先						

病名		検査部位	
造影剤使用	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 注)下記の場合は造影剤を使用できないことがあります。 ・腎機能低下(3ヶ月以内の eGFR 値が不明) ・気管支喘息 ・糖尿病 ・ヨードアレルギー		
紹介目的、既往歴等できる限り詳しくご記入をお願いいたします。			

■ 検査前確認事項

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の方はご記入ください メーカー名()		
以下は造影剤を使用する場合のみご記入ください。			
腎機能	eGFR 値 ()mL/min/1.73 m ² 測定日: 年 月 日	CT 造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の方はご記入ください 薬剤名()	気管支喘息治療歴 (5年以内)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

■ 検査結果と読影についてのお知らせ ■

検査終了後、30分程度お待ち頂ければ、検査結果と読影結果は直ちにお渡し可能です。
お急ぎの場合は、当院より FAX させていただきます。ご紹介ありがとうございました。



医療法人社団 新風会

玉島中央病院

FAX 086-526-8117

TEL 086-526-8111