

画像診断検査依頼票（診療情報提供書）

検査予約日	年 月 日 () 時 分	
診察希望	有 ・ 無	
患者様	フリガナ 氏名	男・女
	生年月日 T・S・H・R 年 月 日(才)	
	住所 〒 -	
	電話番号 (本人・家族) - - (必ず日中に連絡が取れる電話番号をお願いします)	
保険情報	健康保険 ・ 自賠責保険 ・ 労災保険	

(Fax 送信後当日持参願います)

貴医療機関	医療機関名
	診療科名 :
	担当医師
	住所 〒
TEL	
FAX	

主訴・検査目的				
既往・家族歴				
症状経過及び治療経過				
処方内容				
希望検査・部位	MR I	部位 単純 ・ 造影	CT	部位 単純 ・ 造影
	※ 喘息・アレルギー : なし ・ あり () ※ 造影検査の場合 : 造影検査前に必ず血液検査による腎機能評価(3ヶ月以内)が必要です。 また、eGFR : 30 未満では原則造影検査は対応しておりません。 採血日 : 月 日 Cre () mg/dl eGFR () ml/min/1.73m3			
	骨密度測定		一般撮影	
	RI	① 脳血流 (ECD・IMP・IMP 負荷) ② ダットスキャン ③ 心筋交感神経機能シンチ (MIBG)		④ 心筋血流シンチ ⑤ 全身骨シンチ

検査前確認事項

- ・ 体内埋め込み金属など (無 ・ 有 :) / 閉所恐怖症 (無 ・ 有)
- ・ 妊娠または妊娠の可能性 (無 ・ 有 : 週目) / 紹介元施設次回受診日 : 月 日

公益財団法人操風会岡山旭東病院 画像センター受付 [受付時間] 月～金 8:30～19:00、土 8:30～17:30

FAX : 086-276-5680(直通) / TEL : 086-276-5670(直通) ・ 086-276-3231(代表)