**【様式２号：画像診断用】**

**診療情報提供書【画像検査+診断依頼書】**

**（PET-CT検査を除く）**

　　年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称

**FAX　0265-21-1229**

飯田市立病院　地域医療連携課地域医療連携係　経由

電話番号

医師　殿　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | M　TS　H R | 　　　　　　　　　　　　　　男年　　　月　　　日　　・　　　　　　　　　　　　　　女 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 携帯電話　　　　　　　　　　　　　 |
| 職業　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 傷病名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方及び連絡すべき事項 |
| 貴医療機関が入院施設有りの場合 | □　現在入院中患者である　　　　　□　現在入院中患者でない |
| 必要な項目をチェックしてください | □　CT | □脳・□頚部・□胸部・□全腹部□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□単純のみ・□造影のみ・□単純＋造影・□診断医に一任 | 採血日　　　　　　　／ |
| BUN |
| Cr |
| □　MRI | □脳・□脳＋MRA・□頚椎・□胸椎・□腰椎□その他（下垂体・副鼻腔・頚部・膝・肩・上腹部・骨盤）□単純のみ・□単純＋造影・□診断医に一任 | □鎮痙剤使用不要鎮痙剤使用　　□ブスコパン　□グルカゴン・ブスコパン使用禁止疾患（緑内障や前立腺肥大、重篤な心疾患、麻痺性イレウスなど)・グルカゴン使用禁止疾患（糖尿病、褐色細胞腫） |
| □ 核医学 | □骨・□脳血流・□レノグラム・□副腎髄質・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□甲状腺・□副甲状腺・□腫瘍・□炎症 |
| □ 超音波 | □頸部・□乳腺・□腹部・□血管・□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※心エコー検査は対象外です** |
| ※造影剤を使用するCTまたはMRI検査をご指定の場合、お手数おかけしますが**「造影剤使用に関する説明と同意書」**にて患者さんにご説明の上、説明医師及び患者さんの署名をいただいたものを同封下さいますようご協力お願いいたします。（これにより、患者さんはスムーズに造影検査を受けていただくことができます。） |

2025.4作成