

お問い合わせ先

〒430-8525 浜松市中央区将監町25
浜松労災病院(地域連携室)
月～金曜日(祝日を除く)8:15～18:00

☎ 053-411-0366

紹介元医療機関名
所在地
TEL
FAX
紹介医師名

<患者情報> ※太枠内は必ずご記入ください。

被保険者証記号・番号		公費負担番号											
保険者番号													
被保険者との続柄	本人・家族	負担割	割	公費負担医療の受給番号									
													該当する場合は記入してください
フリガナ													
氏名												男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳
住所												職業	
傷病名(主訴)													
紹介目的													
既往歴及び家族歴													
症状経過検査結果													
治療経過													
現在の処方													
検査予約日	月	日	午前・午後										

CT、MRI検査の造影希望はeGFR値(もしくはクレアチニン値)が必須となります。3か月内目途の最新の値を必ずご記入ください。
尚、eGFR値が30未満の場合は造影検査は行いませんのでご了承ください。

eGFR値 =	(クレアチニン値{CRE} =	mg/dl)	測定年月日	年	月	日
・CT検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨盤・骨盤腔CT <input type="checkbox"/> その他						
・RI検査 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> レノグラム(MAG3・DTPA) <input type="checkbox"/> 脳線条体(ダットスキャン) <input type="checkbox"/> 脳血流(IMP・ECD) <input type="checkbox"/> アシアロシンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺摂取率(^{99m} TcO ₄ ⁻) <input type="checkbox"/> 副甲状腺(^{99m} Tc-MIBI) <input type="checkbox"/> ¹²³ I-MIBGシンチ(心臓・副腎髄質)						
・骨密度検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定(腰椎および大腿骨頭)						
・MRI検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影あり ※右記必須※ (体内金属留置 有・無) (ペースメーカ・ICD 有・無)						
<input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA・VSRAD・下垂体 <input type="checkbox"/> 椎体MRI(頸椎・頸胸・胸椎・胸腰・腰椎) <input type="checkbox"/> 体幹部MRI(頸部・胸部・乳房・腹部・骨盤部・MRCP) <input type="checkbox"/> 関節MRI(右・左)(股関節・膝・肩・その他四肢:_____)						
<以下特記事項があればご記入ください>						

シエーマ等自由記載欄

※MR検査の予約は人工関節等の体内金属留置の有無のチェック、左右の別をお願いいたします。

【心臓人工弁、頭蓋内クリップ、V-Pシャント(マグネット式)、人工内耳、人工中耳、可動性義眼、避妊リング、骨折固定金属、人工関節、乳房皮膚拡張器(エキスパンダー)、体内に金属がある方】

※必要がある場合は、画像診断のフィルム又はCD-ROM、検査結果記録を添付してください。

※紙面不足の場合は、適宜添付のほどお願いいたします。