浜松労災病院

患者紹介状（診療情報提供書）
兼 放射線科検査申込用紙

FAX：053-411-0315

記入日　　年　　月　　日

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			
保険者番号			
被保険者との続柄	本人・家族	負担割　割	

公費負担番号	
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	
			職業	
住所			☎　（　　）	
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　☐ 単純　☐ 造影あり
☐ 頭部CT　☐ 頚部CT　☐ 胸部CT　☐ 腹部CT　☐ 骨盤・骨盤腔CT　☐ その他

・RI検査　☐ 骨シンチ　☐ レノグラム（MAG3・DTPA）　☐ 脳線条体（ダットスキャン）☐ 脳血流（ IMP ・ ECD ）☐ アシアロシンチ
☐ 甲状腺摂取率（$^{99m}TcO_4^-$）☐ ☐ 副甲状腺（^{99m}Tc-MIBI）　☐ ^{123}I-MIBGシンチ（心臓・副腎髄質）

・骨密度検査　☐ 骨密度測定（腰椎および大腿骨頭）

・マンモグラフィ　☐ 標準撮影（CC・MLO）　☐ 追加撮影（術後側撮影の有無等、特記事項を別欄にご記入ください）

・MRI検査　☐ 単純　☐ 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 ）**

☐ 頭部MRI ・ MRA ・ VSRAD ・ 下垂体　☐ 椎体MRI （ 頚椎 ・ 頚胸 ・ 胸椎 ・ 胸腰 ・ 腰椎 ）
☐ 体幹部MRI （ 頚部 ・ 胸部 ・ 乳房 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ MRCP ）
☐ 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 ＞

シェーマ等自由記載欄

※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。