

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						公費負担医療の受給番号										
被保険者との続柄	本人・家族	負担割	割	該当する場合は記入してください												
フリガナ	-----				男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳										
氏名					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	☐ 頸部CT	☐ 胸部CT	☐ 心臓CT(造影)	☐ 腹部CT(上腹部・全腹部・骨盤部)	☐ その他
・RI検査	☐ 骨シンチ	☐ レノグラム(MAG3・DTPA)	☐ 脳線条体(タットスキャン)	☐ 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(腰椎と大腿骨頸部(利き足でない側))					
・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) (ペースメーカー・ICD 有・無)			
	☐ 頭部MRI・MRA・VSRAD・下垂体 ☐ 椎体MRI(頸椎・頸胸・胸椎・胸腰・腰椎)					
	☐ 体幹部MRI(頸部・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。