

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院

地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

ご紹介元	
医療機関名	
医師	印
FAX番号	

患者氏名 殿 (男・女)
 生年月日 年 月 日生 歳
 住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※ 必ずご記入下さい。】

紹介目的等をご記入下さい。

検査項目	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他() 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre() ※ 3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。 ・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。 ・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。 ・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ()・()・不明 糖尿病 (有・無) ※ 施行済画像 CT・MRI・US・その他() 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。 ・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。 ・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む ・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。