

FAX: 076-243-1292 (KKR 北陸病院 地域医療連携室)

診療情報提供書

KKR 北陸病院

令和 年 月 日

放射線科 宇野 幸子 宛

紹介医療機関名:

医師名:

電話番号:

フリガナ 患者氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	

紹介目的: 下記検査を依頼します。【依頼希望日】希望検査日時を記載ください。

依頼希望日	令和 年 月 日 (曜日) AM ・ PM
-------	------------------------

【依頼項目】希望検査項目と撮影方法の口にチェックし、部位を記載ください。

<input type="checkbox"/> CT 依頼	部位:	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> おまかせ
	(インプラント用 CT の場合は部位にその旨明記ください)	
<input type="checkbox"/> MRI 依頼	部位:	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> おまかせ

【留意点】アレルギーの有無と腎機能値 (造影剤使用、造影おまかせの場合) を記載ください。

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
腎機能値	検査日	年 月 日 (半年以内)	※MRI の造影は eGFR が 30ml/min 未満は造影禁忌
	Cr:	eGFR:	

【特記事項】傷病名、依頼内容詳細など

<処方> *別紙添付でも構いません

KKR 北陸病院 地域医療連携室

TEL: 076-241-1259 (直通)