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

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**	明 大 昭 平　年　月　日	**性別**	男 ・ 女
		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	平成　年　月　日（　曜日）　AM ・ PM

【依頼項目】希望検査項目と撮影方法の□にチェックし、部位を記載ください。

□ CT依頼	部位： （インプラント用CTの場合は部位にその旨明記ください）	□ 単純　□ 造影　□ おまかせ
□ MRI依頼	部位：	□ 単純　□ 造影　□ おまかせ
□ RIシンチ依頼	シンチ名：	

【留意点】アレルギーの有無と腎機能値（造影剤使用の場合のみ）を記載ください。

造影剤アレルギー	□ あり　□ なし　□ 不明		
腎機能値	Cr：	eGFR：	※MRIの造影はGFRが 30ml/min未満は造影禁忌

【特記事項】傷病名、依頼内容詳細など

KKR北陸病院 地域医療連携室　担当：神保・直江・西願（サイガン）　TEL：076-241-1259

KKR北陸病院