

診療情報提供書（オープン画像診断検査依頼書）

検査希望日（ ）

伊東市民病院		紹介元医療機関名及び所在地	
診療科 放射線科		電 話	
医師名 眞鍋 知子 先生		F A X	
		診 療 科 名	印
フリガナ		生 年 月 日	性 別
患者氏名 (伊東市民病院 診察券番号：)		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)	男 ・ 女
住 所			
電話番号		職 業	
主 訴			
診 断	「除外目的」ではなく「疑い病名」で記入をお願いします。		
病 歴			
撮影及び読影についての希望など			
検査の種類	(CT ・ MRI) 検査	(単純 ・ 造影) 検査	

検査部位	頭 部	脳・頭部MRA・頸動脈MRA・小脳・VSRAD	その他 ()
	頭頸部	眼窩・聴器・副鼻腔・甲状腺・咽頭・喉頭・頸部全体	その他 ()
	背 椎	頸椎・全胸椎・上部胸椎・下部胸椎・腰椎・仙尾骨	その他 ()
	※胸 部	肺野・縦隔・乳腺	その他 ()
		※植え込み型除細動器 (ICD及びCRTD) を装着した患者様には、原則として胸部CT撮影は禁忌です。	
	腹 部	腹部全体 (CTのみです)・上腹部・下腹部・骨盤部	その他 ()
		〔 肝臓・胆嚢 (MRCP) ・膵臓 (MRCP) 〕 腎臓・副腎・前立腺・膀胱・子宮卵巣	その他 ()
	上 肢	(右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手)	その他 ()
	下 肢	(右・左) (股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足)	その他 ()
	両下肢	MRA	その他 ()
歯 科	(インプラント用)・上顎部・下顎部	その他 ()	
その他	()		
記録媒体	(CD-R) のみとなります		
読影報告 (土曜日を除く) ※指定がない場合は通常扱いとさせていただきます。	<input type="checkbox"/> 至 急 (検査後30分以内にお返しします *放射線科医に確認させていただきます)		
	<input type="checkbox"/> ※通 常 (検査日翌診療日までに結果をお返しします)		
緊急受診 同意について	オープン検査の結果、放射線科医師の判断により当病院の緊急受診が必要とした場合 <input type="checkbox"/> 受診希望 <input type="checkbox"/> 受診不要 <input type="checkbox"/> 電話相談希望 指定がない場合は電話相談とさせていただきます。		

申込方法 伊東市民病院地域医療連携室まで、FAXにてお申し込みください。

予約受付後、原則30分以内に予約票を返信いたします。

依頼書原本および問診票・同意書は、当日患者様が総合受付に提出してください。

検査画像は患者様へお渡しします。

検査終了後、読影結果をFAXおよび郵送いたします。

《FAX送付先》 伊東市民病院 地域医療連携室

TEL: 0557-32-5800 (直通) FAX: 0557-32-5801 (直通)

《受付時間》 平日: 午前8時30分～午後4時30分 土曜日: 午前8時30分～午後0時