

## CT・MRI 診療情報提供書

年 月 日

紹介元 医療機関	施設名 医師名 住所 ☎: FAX:		
患者氏名	フリガナ 氏名	性別	男性 女性
生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
電話番号	自宅	携帯	

診断名			
検査目的	精査	スクリーニング	経過観察
	その他 ( )		
症状の経過 (治療経過及び検査結果)			

予約希望日	・第一希望 月 日 ( )	・第二希望 月 日 ( )
	・第三希望 月 日 ( )	・第四希望 月 日 ( )
検査種別	CT	MRI
造影	単純のみ	単純 + 造影
		造影のみ
撮影部位 指示など		
画像データCD	検査後患者さまへお渡し	後日、郵送
次回診察予定日	未定	年 月 日 予定
造影検査依頼時の確認事項	MRI 検査依頼時の確認事項	
○今までに造影剤検査を受けたことがありますか？	なし	あり
○その時に副作用はありましたか？	なし	あり
○アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？	なし	あり
○三か月以内の腎機能検査結果	なし	あり
		○ペースメーカー
		○体内金蔵
		○刺青・アートメイク
		○ジェルネイル
		○歯科矯正ブリッジ

京都岡本記念病院 地域医療連携室 ☎0774-46-5981 FAX 0774-46-7835

受付時間：月～金 9:00～20:00 土 9:00～17:00

京都府久世郡久御山町佐山西ノ口100番地