

診療情報提供書・検査紹介用

長野市民病院 放射線診断科担当医 宛 西暦 年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名	
-------------------	--

患者	フリガナ		生年月日： 西暦 年 月 日 ☐ 男 ☐ 女
	氏名	様	
	住所	(〒) 自宅電話： - - 携帯電話： - -	

傷病名	
-----	--

☐ CT ☐ 単純 ☐ 造影	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 上・下顎骨 ☐ 頸部 ☐ 上・下肢 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 胸腹部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 ()
---	---

☐ MRI ☐ 単純 ☐ 造影	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 上肢 (部位：) ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 下肢 (部位：) ☐ その他 ()
--	--

結果をお急ぎの方はチェックしてください	※CT、MRIの検査結果について ☐ 画像データを患者さんにお渡し ☐ 読影報告書のFAX送信 ☐ 読影報告書を患者さんにお渡し
---------------------	---

☐ RI	☐ 骨 ☐ ガリウム ☐ その他 () ※画像と報告書は郵送いたします
-----------------------------	--

☐ 骨密度	☐ 腰椎 ☐ 腰椎+両大腿骨 ☐ 腰椎+左大腿骨 ☐ 腰椎+右大腿骨 ※複数選択可・結果は患者さんにお渡しします
------------------------------	--

ご連絡方法	☐ 貴院へ連絡 ☐ 患者さんへ直接連絡 ☐ 患者さんから連絡
-------	---

【病歴・検査目的】	身長 cm 体重 kg
-----------	---

長野市民病院 地域医療連携室（直通） FAX：0120-115-295 TEL：026-295-1611

注）画像（CD・読影報告書）は、普通郵便での発送となり到着までに3診療日程度お時間をいただきます。