

診療情報提供書(画像診断依頼書)

中央林間病院 科 医師

予約日時: 年 月 日(午前・午後) 時 分

貴医療機関 TEL. ()	ご担当医師
-------------------	-------

フリガナ	性別	住所 〒 -
患者氏名	男・女	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日(才)	TEL. ()

主訴・傷病名

紹介目的

症状・経過

超音波	腹部	頸部	* 超音波検査は検査画像と 所見用紙での報告になります。					
X-p	撮影部位	PWV (動脈硬化 測定)	ホルター心電図 解析、報告に2~3週間 かかります。					
CT	部位	頭部	頸部	胸部・COPD定量解析	腹部	内臓脂肪計測	身長 体重	cm kg
CT	条件	単純・造影	* 血清クレアチニン値が1.5mg/dlを超える場合は造影検査をお引き受けできません。 * 血清クレアチニン値が1.0mg/dlを超える方でヒグアナイド系糖尿病薬を服用されて いる方は検査前後48時間の休薬が必要になります。					

個人情報管理 および 造影剤使用 承諾書

* 同意いただける項目にチェックをつけてください。

- 中央林間病院で実施された検査の結果や画像等の個人情報に関する、受け取り後の管理について、中央林間病院に責任を求めないことを承諾します。
- 造影検査を受けるにあたり診療上の必要性およびリスクを理解し、その実施を承諾します。緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適時処置されることについても承諾します。

* 本人が未成年者または署名出来ない場合等は下記にご記入下さい

患者氏名 _____

保護者または
保証人氏名 _____

続柄() _____

中央林間病院 受診歴	無・有
アレルギー	無・有
検査結果報告方法の希望	検査画像のみ 検査画像 + 読影レポート

FAX 046-204-5503

TEL 046-204-5505

ご不明な点などありましたら上記番号へご連絡下さい。



お問い合わせ窓口: 地域医療連携室