検査依頼書(兼 診療情報提供書)

作成日　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

科　　医師名

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名			年　月　日	才
住所			電話	
身長	cm	体重	kg	(※造影検査での造影剤使用量やMRI検査での出力の目安として用います。)

検査部位　※造影検査の場合は、CT・MRI造影検査(造影剤使用)に関する同意書へeGFR値を記入して下さい。

単純CT	□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤腔　□上腕　□眼窩 □内耳　□シンプラント　□石灰化スコア　□下肢静脈3D
造影CT	□心臓ABL　□頭部3D　□頸部　□頸動脈3D　□鎖骨下動脈3D □胸部　□腹部　□骨盤腔　□冠動脈3D　□大動脈3D　□下肢静脈+胸部 □下肢動脈3D　□CABG後冠動脈3D　□肝臓ダイナミック □大動脈弁3D　□ｽﾃﾝﾄｸﾞﾗﾌﾄ挿入術前　□ｽﾃﾝﾄｸﾞﾗﾌﾄ挿入術後
MRI 単純・造影	□心臓(ｼﾈ+T2+潅流(負荷有)+LGE)　□心臓(ｼﾈ+T2+潅流(負荷無)+LGE)　□心臓(ｼﾈ+T2+LGE) □冠動脈MRA(非造影)　□頭部MRA　□頭部緊急　□頭部造影 □頸椎　□胸椎　□頸部全般　□腹部　□骨盤腔　□上肢　□下肢 □下肢動脈MRA(非造影)　□下肢静脈MRV(非造影)　□下肢動脈+静脈(非造影)

診療情報

症病名			
既往歴	植込み器具:　ペースメーカ　・　CRT-D　・　ICD　・　その他金属や電子装置類		
アレルギー	無　・　有(　　)	喘　息	無　・　有
透　析	無　・　有 (透析医院:　　透析日:　　)		
検査目的(症状経過)　※可能な限り詳細にお願致します。			
処方内容			

検査希望日時

第一候補	年	月	日	時	分
第二候補	年	月	日	時	分
第三候補	年	月	日	時	分

医療法人 玉心会
鹿嶋ハートクリニック
〒314-0146
茨城県神栖市平泉1番168
TEL :0299-77-8888
FAX :0299-77-8615

KASHIMA heart clinic

KHC-連携-20200414