診 療 情 報 提 供 書

　　年　　月　　日

東北中央病院 放射線科 宛

患者氏名

生年月日

住　　所

電話番号

職業

|  |  |
| --- | --- |
| 予約日時 | 月　　日　　曜日　　　時　　分 |
| 紹介施設 | 病院・医院 |
| 医　師 | 　　　　　科 |
| 疾患名 |  |
| ・紹介目的・症状経過・現在の処方・既往歴・留意事項　など |  |
| 　腎機能　クレアチニン値またはeGFR値（単純の場合は不要） | 採血日（　　　　年　　　月　　　日）Cr. ( mg/dl) , eGFR (ml/min/1.73㎡)eGFRの値によっては、造影できない場合があります。（CT 45未満　,　MR 60未満） |

**依頼検査項目**（○をつけてください。）参考となる画像、検査結果などありましたら、添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **MRI****（単純・造影）** | ・脳MRI・脳MRA・頚部MRA・脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）・頚部 （　　　）・胸部（　　　）・腹部（　　　　） ・骨盤（　　　　） ・四肢/関節（　　　　） ・その他（　　　　　　） |
| **CT****（単純・造影）** | ・頭部（　　　　） ・頚部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤部 ・大動脈血管・四肢/関節（　　　　　　）・脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）・その他（　　　　　　　）（心臓CTを依頼される場合は、当院 循環器科を受診してください。） |
| **RI** | 骨シンチ　（骨シンチ以外のRI検査は、しばらくの間できません。御了承ください。） |
| **骨密度** | 腰椎＋股関節 |

 **検査予約専用（放射線科） フリーダイヤル　0120-970-189**

 **TEL・FAX 　 （023） 623-5134**

公立学校共済組合 東北中央病院 〒990-8510山形市和合町3-2-5 代表TEL（023）623-5111

2019.11