聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院　提出用

診療情報提供書【検査予約患者紹介状】

西暦　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

横浜市旭区矢指町1197-1

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

放射線科

紹介元医療機関

名称

所在地 〒（　　－　　）

医師名

電話番号　　－　　－

FAX番号　　－　　－

検査名
①予約検査
予約日時　　年　　月　　日　　時　　分
②予約検査
予約日時　　年　　月　　日　　時　　分

フリガナ　　性別

患者氏名　　様　　男・女

生年月日　　年　　月　　日　　歳

住所

電話番号　　－　　－　（自宅）

－　　－　（携帯）

医科大学横浜市西部病院への受診歴（ 有　・ 無 ）

ID番号　（　　）

医療情報（仮診断および参考データ・検査目的）

既往歴 / 現在の処方

・予約した検査項目に〇を付けてください。造影検査を希望する場合は各検査の同意書および問診票のご記入をお願いします。

・MRIは「MRI検査問診票」のご記入をお願いします。

・その他の検査の場合は検査名を下記表に入力してください。

・検査内容などは検査項目一覧をご参照ください

【MRI】　（　単純　・　造影　）	**【CT】　（　単純　・　造影　）**	**【超音波】**
頭部 （ MRI ・ VSRAD など）	頭部・副鼻腔・側頭骨	上腹部
頸部 ・ 胸部 ・ 乳腺	頸部	上腹部＋肝硬度脂肪量測定
頸椎 ・ 胸椎 ・ 胸腰椎 ・ 腰椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨	腎ドプラ
肝臓 ・ 腎臓 ・ 副腎 ・ 膵臓 ・ MRCP	胸部	腎臓膀胱＋前立腺
子宮卵巣 ・ 骨盤腔 ・ 前立腺	胸部～上腹部	子宮卵巣
心臓 ・ 冠動脈	胸部～下腹部	頸部・甲状腺
上肢 ・ 股関節 ・ 下肢	上腹部のみ・下腹部のみ	乳腺
頭部MRA・頭頸部MRA	上下腹部	頚動脈
頸部～胸部MRA ・ 上肢MRA ・下肢MRA	冠動脈CT（造影）	下肢ドプラ（DVT）
腹部大動脈MRA ・ 骨盤～下肢MRA（動脈 ・ 静脈）	頭部血管（造影）	皮下腫瘤（部位：　　）
その他（　　）	上肢血管（造影）、下肢血管（造影）	その他（　　）
【核医学】	胸部大動脈 ・ 腹部大動脈 ・ 胸腹部大動脈	**【骨密度】**
ECD（脳血流）	手・手関節・肘関節・肩関節（右・ひだり）	腰椎正面＋大腿骨頸部
IMP（脳血流）	足・足関節・膝関節・股関節（右・ひだり）	
ダットスキャン	その他（　　）	
心筋MIBG		
骨シンチ		
その他の（　　）		

紹介元医療機関より　①XPフィルム （ 有・無 ）　②画像CD-R （ 有・無 ）

③心電図記録当（ 有・無 ）　④検査結果伝票（ 有・無 ）