

CT・MRI 診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関名

姫路聖マリア病院

放射線科 先生

令和 年 月 日
医療機関名・所在地・TEL・FAX

検査希望日 第1希望 月 日 ()
第2希望 月 日 ()

マリア病院受診歴 (有 ・ 無) 受診有の時ID番号

ID番号 医師名 印

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)
フリガナ			
住 所	〒 TEL () -		

主訴又は傷病名 緊急性 (あり ・ なし)

紹介目的(○で囲んで下さい) CT ・ MRI 検査部位 ()	1. 造影不要 2. 造影 3. 放射線科に一任	下記の腎機能をご記入ください
--	--------------------------------	----------------

※造影剤の禁忌事項に該当する場合、アレルギーの既往がある場合、ご本人の同意が得られない場合は、
当院の判断で「造影なし」に変更させていただく事があります。

腎機能(造影・放射線科に一任の場合、過去1年以内の検査値をご記入ください)

クレアチニン値 mg/dl (検査日 月 日) ・ 未検査

※ 未検査の場合は当院で検査させていただきますので、患者様には検査予定時間の1時間前にご来院頂きますよう
お伝えください

患者様に対する留意事項(薬剤アレルギー・妊娠の有無を含む)	入れ墨、アートメイク (あり ・ なし) マグネットネイル・ジェルネイル(あり ・ なし)
-------------------------------	--

既往歴及び家族歴

臨床経過及び検査結果

現在の処方(特に経口糖尿病治療薬を処方されている場合は必ずお書きください)