

診療情報提供書(婦人科用)

秩父市立病院宛 MRI依頼書

病院・医院 依頼医師名

患者氏名 男・女 体重 kg

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

患者連絡先Tel

臨床診断

検査目的、既往、家族歴、症状経過、検査結果、現在の処方など記載して下さい。

検査部位、検査法 にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 (平衡相) <input type="checkbox"/> 単純+造影 (ダイナミック) ※子宮癌 精査、疑い
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 単純
<input type="checkbox"/> 子宮+卵巣	<input type="checkbox"/> 単純+造影 (平衡相)

造影検査をされる方。

- ・アレルギーの有無 【 有 ・ 無 】
- ・e-GFR値 【 ml/min/1.73m² 】
年 月 日測定(3ヶ月以内)

- ※ e-GFR値 60以上:造影検査できます。
- e-GFR値 30~59:単純検査に変更する場合があります。
- e-GFR値 30未満:造影検査出来ません。

その他、ご要望があれば詳しく記入して下さい。

画像提供(返却不要)【 CD ・ フィルム 】 放射線科読影依頼の要否【 要 ・ 不要 】

※この用紙に書き込み、折り返しFAXを送って下さい。 秩父市立病院 MRI室 FAX:0494-25-5018