

紹介状（診療情報提供書）及び 検査依頼書

栃木県立がんセンター

年 月 日

担当医 宛て

貴医療機関名：

FAX：(地域連携チーム内)

所在地：

028-611-5499

電話番号：

FAX：

担当医師：

<患者情報>

患者名：_____様

性別： 男性 • 女性

生年月日：_____年 月 日

年齢：_____歳

住所：_____

電話番号：_____

臨床診断名	
臨床経過	
検査目的	該当するものに○をつけてください スクリーニング • 精密検査 • 定期フォロー その他()
検査項目/部位	検査項目に○をつけ撮影部位を記載してください • CT (単純 • 造影) 部位() • MRI (単純 • 造影) 部位() * 検査部位が四肢の場合 (右上肢 • 左上肢 • 右下肢 • 左下肢) 注1：造影・単純CT、造影・単純MRIは下記の確認事項も記入願います。 • 骨密度測定(骨塩定量測定) • 腹部超音波検査 • 甲状腺超音波検査 • 甲状腺ホルモン関連採血検査(検査項目はFT3・FT4・TSHです)
CD-R画像提供	CD-Rによる画像情報提供を 希望する • 希望しない
単純検査への切替	造影 CT・造影 MRI で当日問診や腎機能により造影剤検査が不可の場合に 単純 CT・単純 MRI に切り替えて 実施する • 実施しない

注1：造影・単純CT、造影・単純MRIの確認事項

ペースメーカー・ICD	無 • 有	体内留置物 (金属以外も含む)	無 • 有 (MRI 対応： 可・不可・不明)
造影剤アレルギー	無 • 有	気管支喘息	無 • 有
心疾患	無 • 有	入れ墨、アートメイク	無 • 有
妊娠の可能性(女性のみ)	無 • 有	体重(単純CTのみ)	Kg

「造影 CT」と「造影 MRI」の場合 *1か月以内の血清クレアチニン値	検査未 • 検査済み (/ mg/dl)
---	--------------------------

* 血清クレアチニン未検査の場合は検査当日当センターで検査いたします。