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：大正・昭和・平成・令和　　　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CT、単純MRI、造影MRIの確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| ペースメーカー・ICD | 無　　・　　有 |
| 体内金属 | 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 |
| 「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（　　ｇ/㎗） |

　　　　　＊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。