

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
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。