奈良県総合医療センター診療情報提供書

依頼日　　年　　月　　日

奈良県総合医療センター　放射線科　担当医宛

電話：０７４２－５２－４８１３（直通）

【紹介元医療機関】

施設名	
住所	
電話番号	
医師名	

【検査日時】　　**年　　月　　日（　）　　午前・午後　　時　　分**

時間厳守でお願いします。

【患者情報】

ふりがな		□男 □女	
患者氏名			生年月日
住所			電話番号

【検査項目】

□**CT**（□単純□造影）　□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□胸腹部　□四肢
□（　　）
□**MRI**（□単純□造影）□頭部　□頭部MRA　□腹部　□MRCP　□骨盤
□頚椎　□胸椎　□腰椎　□四肢　□（　　）
□**RI**　□脳血流（□IMP□ECD）□交感神経MIBG□DAT　□心アミロイドーシス
□負荷心筋（□運動□薬剤）□安静心筋（　　）　□骨
□（　　）
□**PET-CT**　　□病期診断　□転移　□再発診断
□**骨塩定量**　　（造影検査はクレアチニン　　eGFR　　）

【傷病名】　既往歴

【紹介目的】　病状および治療経過

診断情報提供書（紹介状）は検査日までにFAX:0742-46-7666、当日の持参お願いします。