国立病院機構宮崎東病院（放射線科）　　宛

ＦＡＸ（地域医療連携室直通）０９８５－５６－６７３３

紹介患者（検査予約専用）

診　療　情　報　提　供　書

※　□にレ（チェック）をお願い致します。

フリガナ 患者氏名	様	（男･女）	M･T･S･H　　年　　月　　日生
住所			電話　（　　）　　－
紹介検査	□CT　□MRI（乳房･心臓除く）　□RI　□PET　部位　造影(無･有:CRE=　) □上部消化管造影　□注腸造影　□その他造影(　) □一般撮影(　)　□骨密度測定		
情報提供	□ CD　□ フィルム　※RI PETはCDのみとなります		
検査日時	希望日　月　日（　）　午前･午後　時　分		
保険	保険者番号	記号･番号	

＜MRI検査の場合＞　※該当がないかご確認をお願いします

□心臓ペースメーカー　□心臓の人工弁(1970年以前の製品)

□磁性体の脳動脈瘤クリップ　□体内の磁性体の破片(弾丸、鉄粉など)

□人工内耳・人工蝸牛・人工関節など　□磁石固定の義眼･義歯など

□入れ墨･眉毛の付け墨(火傷の危険あり)

□磁性体のステント、フィルター、コイル(生体内で安定するまでの留置後6～8週間)

□コンタクトレンズ(はずしていただくために、保存容器の準備の説明をお願いいたします)

診　断　名

紹介目的等

年　　月　　日

医療機関名

医　師　名