



054-646-1380

054-646-1176 (志太医師会会員専用)

受診希望科, 希望医師

※産婦人科(ご出産)へ申込みの方必須

母子健康手帳, 母子健康手帳をお持ちでない方はご記入ください

※糖尿病・内分泌内科への申込みの方必須

インシュリン, 治療の有無, 身長, 体重

紹介元医療機関(医療機関名、所在地、電話番号、FAX番号)

紹介医師氏名

希望日, 第1希望, 第2希望, 希望なし

フリガナ, 患者氏名, 旧姓, 性別, 生年月日, 住所, 電話番号

保険情報, 後期高齢者医療・公費情報, 公費情報

お願い

- こちらの申込書に診療情報提供書を添えてFAXにてお申し込み下さい。
放射線治療科は、主たる診療科と併せてお申し込み下さい。
IVR科の治療を希望される場合は、主たる診療科にお申し込み下さい。
当日の受診が必要な場合は、医師に確認後受け入れ可否をお返事します。
なお、11時00分までに受診できない場合は、直接救急外来にお問い合わせください。
以下の診療科への申込みのお返事は翌日以降になります。

消化器内科、産婦人科、腎臓内科、内科、脳神経外科・脳卒中科、心臓血管外科、血管外科、リハビリテーション科

以下について予めご了承ください。

- 希望医師は意向に添えない場合があります。
お時間のご希望は、お受けいたしかねます。

疾患症状等による紹介先診療科

- 皮膚腫瘍(3cm未満のもの)→皮膚科
皮膚腫瘍(3cm以上のもの)→形成外科
乳児開排制限→整形外科(専門外来)
下肢血管血流障害→血管外科
中学生以下の内科疾患→小児科

# 検査依頼書（診療情報提供書）

藤枝市立総合病院  
病 院 長 様

次のとおり患者の検査を依頼いたします。

予約日時：	年	月	日（午前・午後）	時	分
-------	---	---	----------	---	---

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		性別	男・女	年齢		才
患者住所		電話番号	( )			

※検査を依頼する該当項目に○印をつけて下さい。読影の要・不要も記入して下さい。  
造影検査を申し込まれる場合には「同意書」、「問診票」もご記入の上お持ち下さい。

	検査希望部位	希望データ
1 CT [単純・造影] 読影（要・不要）	脳・眼/眼窩・副鼻腔・唾液腺・甲状腺 頸椎・胸椎・腰仙椎 胸部(肺野/縦隔) 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) 骨盤臓器 その他(部位 )	1. DICOMデータ+ビューア 2. DICOMデータのみ 3. 歯科インプラント用 4. その他( )
2 MRI [単純・造影] 読影（要・不要）		
3 一般撮影検査	①骨盤計測 ②その他部位( )	
4 骨密度測定(身長 . cm 体重 . kg)		
5 核医学検査(身長 . cm 体重 . kg) (脳血流シンチ・骨シンチ・レノグラム・ダットスキャン・その他 _____)		
6 マンモグラフィー検査		
7 超音波検査 検査希望部位	〔腹部・心臓・乳腺・甲状腺・唾液腺・皮膚腫瘤・頸動脈・上肢(動脈・静脈) 下肢(動脈・静脈)・その他( )〕	

※ 臨床診断又は紹介目的（CT・MRI・超音波検査・核医学検査では必ずご記載下さい。）

※CT、MRI造影の場合（クレアチニン値： e-GFR値： )

※ 特記事項（アレルギー、読影希望のポイントなど。）

検査依頼日 令和 年 月 日

依頼医 住所 〒	_____
病医院名	_____
医師名	_____ (印)
電話番号	_____ ( )

# 紹介患者様用

## 骨シンチを受ける患者さんへ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 注意事項

- ★ 食事：特に制限はありません。
- ★ 検査：静脈注射をしてから2～3時間後に撮影をします。撮影前に排尿していただき、撮影は30～40分間、動かないで寝ていただくだけで終了します。
- ★ 予定日時に都合が悪くなられた場合、紹介元の医療機関へ前日の13時までに（前日が休院日の場合は開院日の13時までに）ご連絡ください。
- ★ 当院では医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる放射線の最適化を行っております。

藤枝市立総合病院 放射線科

# 紹介患者様用

## 腎シンチ(レノグラム)を受ける患者さんへ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 注意事項

- ★ 食事：特に制限はありません。
- ★ 検査：検査の30分前に排尿後、水を飲んでいただきます(小児の場合は点滴をします)  
その後、静脈注射をして撮影をします。撮影は約30~40分間、動かないで寝ていただくだけで終了します。
- ★ 予定日時に都合が悪くなられた場合、紹介元の医療機関へ前日の13時までに(前日が休院日の場合は開院日の13時まで)ご連絡ください。
- ★ 当院では医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる放射線の最適化を行っております。

藤枝市立総合病院 放射線科

# 紹介患者様用

## ダットスキャン シンチを受ける患者さんへ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

ダットスキャン シンチとは

ダットスキャンシンチは脳内にあるドーパミントランスポーターを画像化し、ドパミン神経の変性（正常な状態から変化してしまうこと）や、脱落（なくなってしまうこと）の程度を評価する検査です。

★ 検査は次のような流れで行います。

- ① 静脈注射をします。
- ② 3～4時間ほど待ちます。
- ③ 撮影をします。撮影時間は40分ほどです。動かないように寝ていただいている だけで終了します。

★ 食事:特に制限はありません。

★ その他:アルコールに過敏な方、その他過敏症のある方は申し出てください。  
何らかの治療薬を服用中の方は申し出てください。

★ 予定日時に都合が悪くなられた場合、紹介元の医療機関へ前日の 13 時までに(前日が  
休院日の場合は開院日の 13 時までに)ご連絡ください。

★ 当院では医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる放射線の最適化を行っております。

藤枝市立総合病院 放射線科

# 紹介患者様用

## 脳血流シンチ(123I-IMP)を受ける患者さんへ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 注意事項

- ★ 食事：絶食は不要です。
- ★ 検査：静脈注射をした直後に撮影を始めます。  
検査は約30分間、動かないで寝ていただくだけで終了します。
- ★ 予定日時に都合が悪くなられた場合、紹介元の医療機関へ前日の13時までに（前日が休院日の場合は開院日の13時までに）ご連絡ください。
- ★ 当院では医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる放射線の最適化を行っております。

藤枝市立総合病院 放射線科