

# 診療情報提供書

(病院控)

年 月 日

東北中央病院 放射線科 大竹 修一 宛

患者氏名

生年月日

	予約時間	月 日 曜日 時 分
	病院名	病院・医院
	医師名	科
疾病名		
紹介目的 既往症 症状経過 留意事項 など		

## 依頼検査項目 (○をつけてください。)

MRI	・脳MRI ・脳MRA ・頸部MRA ・下垂体 ・内耳道 ・拡散画像 ・脊椎(頸椎 ・胸椎 ・腰椎) ・肝 ・MRCP ・膝 ・骨盤 ・関節 ・造影MRA ・その他( )
CT	・頭部 ・CTアンギオ ・中耳 ・副鼻腔 ・頸 ・肺 ・腹 ・骨盤 ・四肢 ・大動脈血管 ・DIC-CT ・その他( )
IVR	・TAE ・リザーバー留置 ・気管支動脈塞栓 ・血管塞栓術 ・血管形成術 ・血栓溶解術 ・肺生検 ・下大静脈フィルター ・異物除去術 ・診断のみ ・その他( )
RI	・骨シンチ ・ガリウムシンチ ・レノグラム ・肺腫瘍シンチ ・負荷心筋 ・安静時心筋 ・肺血流シンチ ・心プール ・甲状腺 ・甲状腺摂取率 ・消化管出血 ・胆道シンチ ・その他( )

1枚目は医療機関の控え、2枚目から3枚目を提出してください。  
参考となる画像フィルム、検査結果などありましたら、お貸しください。

予約専用 フリーダイヤル 0120-970-189  
TEL & FAX (023) 623-5134

公立学校共済組合 東北中央病院 〒990-8510 山形市和合町3-2-5 代表 TEL (023) 623-5111