

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

★ 検査希望日をお電話にてお知らせください ★

医療法人社団 恵仁会 セントマーガレット病院 殿

〒276-0022 八千代市上高野450  
TEL 047-485-5111  
FAX 047-487-8561(医療連携室 直通)

医療機関の名称  
及び所在地  
TEL  
FAX  
担当医師名

印

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		大正・昭和・平成・令和	M・F
		年 月 日	
撮影区分	単純 ・ 造影	セントマーガレット病院 受診歴	有 ・ 無
検査区分	<input type="checkbox"/> MRI検査(撮像部位: ) MRA <input type="checkbox"/> CT検査(撮影部位: ) ※CT-コロノ(大腸)検査:事前にセントマーガレット病院での受診が必要になります。 <input type="checkbox"/> 骨密度(DEXA)検査 → 単純撮影のみ		

傷病名			
症状経過 検査結果 治療経過 処方 既往歴/家族歴			
造影検査の場合	eGFR(クレアチニン):	造影剤アレルギー( なし ・ あり )	
	糖尿病薬の服薬( なし ・ あり )※「ビグアナイド系」の糖尿病薬は検査前後2日間は服薬できません。		
備考	体内デバイス( なし ・ あり : 種類 )		
検査予約日	年	月	日 ( ) 時 分

<ご案内>

- ① 単純CT検査可能日は、月～金曜日【9時～12時・13時～16時(日・祝日は休診)】土曜日は午前のみです。機器メンテナンス等、上記以外で検査が実施できない日につきましては、HPでご確認ください。  
(単純CT検査に関しては、御予約不要ですが、他の患者様との兼ね合いで、お待ち頂く場合がございます。)
- ② 検査部位または検査条件につきまして、ご希望がある場合には、上記にご記載ください。
- ③ 「造影検査」「大腸CT検査」など不明な点がありましたら、直接放射線科へお問合せ下さい。
- ④ 予約日時が決定した後「検査予約表」をFAXにてお送りしますので、患者様に当日持参して頂くようお願い致します。

医療法人社団 恵仁会 セントマーガレット病院 放射線科  
047-485-5111 (内線126 放射線科)

R5.11