

# 画像診断検査 紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関の  
所在地・名称

〒710-0826 倉敷市老松町4丁目3-38 TEL (代)086-427-1111  
社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院

放射線部 放射線科医

医師氏名

フリガナ 患者氏名	男 ・ 女	生年月日 年 月 日 ( 歳)	
住所 〒		当院受診歴(有・無)	
TEL ( )			
主訴・検査目的			
症状経過及び治療経過・検査所見			
希望検査・部位	CT	部位:	
	MRI	部位:	
造影 ※	不要・要・一任	当院該当科での受診及び結果説明	不要・要
腎機能検査値 ※ (3か月以内)	Cr	( )mg/dl	画像媒体 CD-R ・ フィルム
	eGFR	( )ml/min/1.73m <sup>2</sup>	
所見	患者様持ち帰り ・ 郵送		
画像	患者様持ち帰り ・ 郵送		

※ 造影検査「要」または「一任」を選択の場合には、腎機能検査値の記入と  
検査3時間前からの絶食が必要となります  
また、eGFR:30未満では原則として造影検査を行いません

受付時間 月～金 8:30 ～ 17:15  
土曜日 8:30 ～ 12:30

上記時間以外は当直時間帯の為 お待ちいただく場合があります  
社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院 (放射線部直通)086-427-1194