診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

〒047－8550　小樽市若松1-1-1
小樽市立病院
　認知症疾患医療センター　宛
FAX:0134－24－6187
TEL:0134－25－1211

紹介元医療機関

名　　称:	
電話番号:	
FAX番号:	
医師名:	

フリガナ	生年月日(明・大・昭・平)　　年　　月　　日(　　歳)
患者氏名　　様　男 女	住　　所:
	電話番号:

受診(検査)希望日　　無 ・ 有 (　　月　　日 頃)
画像データーの必着期日　　月　　日迄
＊貴院で試行済み検査　□CT　□MRI　□無　直近の画像データを必ずお送りください

検査内容	**□頭部MRI**　・T2WI Ax　・T2WI Co　・MRA頭部 ・FLAIR Ax　・T2WI Sg　・MRA頚部 ・DWI Ax　・VSRAD **＊ルーチンには上記の項目を行います。不要、必要な項目があれば、記してください。** (　　) **□脳血流スペクト (　定性　)　　使用薬剤 (　IMP　・　ECD　)** **□　MIBG心筋シンチ　・　□　ドパミントランスポーターシンチグラフィ** **＊　現在、下記の薬を内服していますか？(　している　・していない　)** **(　三環系抗うつ剤・レセルピン・塩酸ラベタロール・SSRI　)**
1. 紹介目的	
2. 主訴または病名	
3. 既往歴及び家族歴	
4. 症状経過・治療経過・現在の処方など	

～　認知症疾患医療センター使用欄　～

ID	
□　MRI	月　　日(　　)　　時　　分　～
□　SPECT	月　　日(　　)　　時　　分　～
□　MIBG	月　　日(　　)　　時　　分　～
□　DATスキャン	月　　日(　　)　　時　　分　～

(2017/8)