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ご持参ください

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　～

(2026/4)