

放射線検査申込書 兼 診療情報提供書

70537D01002

記載日：

公益財団法人 田附興風会

医学研究所 北野病院

放射線科 担当 先生

地域医療サービスセンター

TEL: 06-6131-2955 FAX: 06-6312-8620

紹介元医療機関について

所在地

名称

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ

患者氏名

生年月日

〒

住所

 男 女北野病院受診歴： 有 無

(患者番号：

(歳)

電話：

希望日

 最短日を希望

第1希望

月

日

(

 AM PM

)

第2希望

月

日

(

 AM PM

)

※結果 (所見は当日FAX可能)

 FAX・郵送を希望 郵送のみ希望

画像はCD-Rで郵送させていただきます。

C T 単純 造影M R I 単純 造影 (ガドリニウムを使用) 頭部 頸部 胸部 腹部 (上部) 腹部 (下部) ダイナミック (肝 胆 脾 腎) その他 () 頭部 (MRI・MRA) 頸部 下垂体 上腹部 MRCP

ボーステル使用

(可 不可) 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 四肢

部位 (

R/L (

 その他 (

<検査前確認事項> 該当する項目をご確認いただきチェックをお願い致します。

・結核/感染症 有 無 ・ペースメーカー 有 無 ・植込み型除細動器 有 無・体内金属 有 無 年度 () 部位 () 材質 ()・シャントバルブ 有 無 ・閉所恐怖症 有 無 ・妊娠 有 無

※造影剤使用時は下記項目を必ずご記入をお願い致します。

・腎機能 (Cr mg/dl eGFR) 採血日 年 月 日

・喘息 有 無 ・造影アレルギー 有 無・糖尿病薬 有 無 薬品名 ()**以下の検査は初めに放射線科(06-6312-8840)にお電話いただいた後にこの用紙をFAXお願い致します。** R I 脳血流シンチ ガットシンチ 骨シンチ 心筋シンチ (安静) インプラント 上顎 下顎 両顎ステント (上 下 両) 無 10DR シンプラント・アイキャット 骨密度 腰椎 腰椎+前腕 (HCV) 腰椎+大腿

主病名

撮像目的

※印刷に関してのお願い 内容をご入力後に【来院時持参分】と【貴院控え】の2枚出力をお願い致します。