

## 放射線検査申込書 兼 診療情報提供書

50103D03702

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 ( )

&lt;検査前確認事項&gt; 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  ダクトシンチ  骨シンチ  心筋シンチ (安静) MIBG

○ 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。