

## 放射線検査申込書 兼 診療情報提供書

50103D03703

記載日： 2024年10月1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

北野病院受診歴： ○有 ○無  
(患者番号： )  
( 歳 )

○男 ○女  
年 月 日生

〒 - -  
電話： - -

希望日  
第1希望 月 日 ( ○AM ○PM )  
第2希望 月 日 ( ○AM ○PM )

最短日を希望

※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。

CT ○単純 ○造影  
MRI ○単純 ○造影(ガドリニウムを使用)

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 骨盤
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 胸椎
<input type="checkbox"/> 腹部(上部)	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腰椎
<input type="checkbox"/> 腹部(下部)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 四肢
<input type="checkbox"/> ダイナミック ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 )	ボーステル使用 部位 ( )	
<input type="checkbox"/> 冠動脈 *心臓センター受診後の検査になります	(○可 ○不可)	R/L ( )
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 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。**

○RI 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。