

50103D03703

記載日： 年 月 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		印
医師名			

フリガナ			北野病院受診歴：	☐ 有	☐ 無
患者氏名		☐ 男 ☐ 女	(患者番号：		
生年月日	年 月 日	日生	(歳)		
住所	〒 -		電話：	-	-

希望日	☐ 最短日を希望				※結果（所見は当日FAX可能）
第1希望	月	日	(☐ AM ☐ PM)		☐ FAX・郵送を希望 ☐ 郵送のみ希望
第2希望	月	日	(☐ AM ☐ PM)		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)
----	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------------

☐ 頭部	☐ 頭部 (MRI・MRA)	☐ 骨盤
☐ 頸部	☐ 頸部	☐ 頸椎
☐ 胸部	☐ 下垂体	☐ 胸椎
☐ 腹部 (上部)	☐ 上腹部	☐ 腰椎
☐ 腹部 (下部)	☐ MRCP	☐ 四肢
☐ ダイナミック (☐ 肝 ☐ 胆 ☐ 脾 ☐ 腎)	ポoster使用	部位 ()
☐ 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 ()
☐ その他 ()		☐ 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。

☐ R I ☐脳血流シンチ ☐ダットシンチ ☐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。