

検査依頼書(診療情報提供書)

済生会千里病院

TEL 06-6871-0121

(放射線検査)

FAX 06-6871-5915

依頼日 年 月 日

検査希望日 ① 月 日 AM・PM

検査希望日 ② 月 日 AM・PM

検査希望日 ③ 月 日 AM・PM

希望日を記入後FAX送信してください。

患者氏名	ふりがな	性別	男・女*	生年月日	大正・昭和・平成・令和
					年 月 日 (歳)
					*妊娠中またはその可能性 (有・無)

住所	電話
----	----

ご紹介医療機関名	ご紹介医師名	ご紹介医療機関TEL・FAX
----------	--------	----------------

【診断名】(検査に関連した病名をご記入下さい。疑い病名でも結構です)

【主訴 現病歴 検査目的】

検査名: 検査予約日 年 月 日() 時 分

検査名: 検査予約日 年 月 日() 時 分

放射線科	CT	<input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-R希望
		ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ペースメーカーの安全が確認できない場合、本体部分が入る範囲への照射は行いません
		ヨード造影剤を(<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する(Cr値:)検査日の3ヶ月以内のデータを記入して下さい) *造影剤を使用する場合、同意書が必要です
		*ヨード系造影剤を使用する場合、ピグアナイド系経口糖尿病薬は検査当日および検査終了後48時間中止して下さい
部位	<input type="checkbox"/> 頭頸部(全脳、眼窩、副鼻腔、その他) <input type="checkbox"/> 躯幹部(胸部、上腹部、骨盤腔、その他) <input type="checkbox"/> その他()	

MRI検査は1検査1項目(部位)に限定。(*MRAやMRCP施行時、造影剤の併用不可)

放射線科	MRI	<input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-R希望
		造影剤を(<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する(Cr値:)検査日の3ヶ月以内のデータを記入して下さい) *造影剤使用の有無に関わらず、MRI専用の同意書が必要です
		閉所恐怖症(無・有) *有の場合は検査出来ません
		部位 <input type="checkbox"/> 全脳() <input type="checkbox"/> 全脳+MRA <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面・頸部() <input type="checkbox"/> 胸部() <input type="checkbox"/> 上腹部() <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔() <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 脊椎() <input type="checkbox"/> 四肢・関節() <input type="checkbox"/> その他()

造影検査	<input type="checkbox"/> 排泄性尿路造影 (Cr 値 :) 検査日の3ヶ月以内のデータを記入して下さい *ヨード系造影剤に関する同意書が必要です
------	--

RI	<input type="checkbox"/> ※Tc心筋シンチグラム(運動負荷 ATP負荷) <input type="checkbox"/> 骨シンチグラム <input type="checkbox"/> その他()
----	---

その他	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (<input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨頸部) <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 一般撮影()
-----	---

*1枚目はFAX送信用兼検査依頼医療機関保管用、2枚目を患者さんにお渡し下さい。(FAX送信用兼依頼医療機関保管用)