

放射線検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

紹介元医療機関・医師氏名

先生 ⑩

住所および連絡先
〒TEL :
FAX :

●紹介患者情報を記入（必要事項に☑）

(ふりがな)	性別	生年月日
患者氏名	男・女	(明大昭平) 年 月 日 (歳)
患者住所	TEL : - -	
当院来院歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	診察券 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
病名・主訴・検査目的		
既往歴		
症状・経過		
処方内容記入又はお薬手帳持参		
※抗凝固療法（薬品名）禁忌の薬（）		
感染症 <input type="checkbox"/> 有（） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検		
依頼項目・部位に☑		
※読影 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※画像データ持ち帰り <input type="checkbox"/> 必要（フィルム・CD-ROM） <input type="checkbox"/> 不要		
●放射線科予約検査		
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI+MRA <input type="checkbox"/> マンモグラフィー（1R・2R） <input type="checkbox"/> DXA		
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		
部位： <input type="checkbox"/> 頭部（ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔） <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 ※1 予約1 部位でお願いします。		
<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部		
<input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎） <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他（）		
該当する項目に☑		
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器（ICD） <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> かつら		
<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 最終月経（ 年 月）		
【MRI】 ペースメーカー、除細動器、人工内耳、MRI 非対応の人工弁や動脈瘤クリップが体内にある方、妊婦の方、付属物（点滴、IVH、ドレーンなど）を付けておられる方は検査ができません。		
【CT】 機種によってはペースメーカーの本体部の撮影ができない場合がありますので、念のためペースメーカー手帳をお持ちください。除細動器は原則として本体部分の撮影はできません。		

☆検査のご依頼は、地域医療連携室 FAXにてご連絡お願い致します。FAX を頂きましたら、予約票をFAXにて返送いたします。来院当日は放射線検査依頼書(原本)・予約票、保険証を受付にご提出いただきますよう患者様にご案内をお願いいたします。

検査希望日時があれば、ご記入ください。

社会医療法人 弘道会 なにわ生野病院

〒556-0014 大阪市浪速区大国 1-10-3 TEL:06-6632-9915(代表)

FAX:06-6632-9909 地域連携・放射線受付受付時間:月～土 9時～17時 受付時間外は翌平日対応
休診日:日曜、祝日、年末年始