

画像診断検査依頼票 兼 診療情報提供書

検査予約日時： 年 月 日 時 分～

| | | | | | |
|-----------|-----------|---------|-----------|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | : T・S・H・R | | |
| 患者氏名 | (男・女) | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| ご依頼 施設 | [施設名・医師名] | 先生 | | | |
| | [施設住所] | | | | |
| | [電話番号] | [FAX番号] | | | |

* 検査部位をご記入の上、検査種別を○で囲んで下さい。

| | | |
|----------------|----------------|-------------------------|
| ○ 検査部位 | 1. MRI (単純・造影) | 5. RI |
| | 2. CT (単純・造影) | ① 脳血流 (ECD・IMP・IMP負荷) |
| | 3. 骨密度測定 | ② ダットスキャン |
| | 4. 一般撮影 | ③ 心筋交感神経機能シンチ(MIBG) |
| | | ④ 心筋血流シンチ |
| | | ⑤ 全身骨シンチ |
| ○ 検査目的 | | |
| ○ 現病歴・現症等 | | |
| ○ 臨床診断 | | |
| ○ 検査事前チェック | | |
| 1. 体内埋め込み金属等 | (無・有 : | ※ ペースメーカーMR禁忌) |
| 2. 手術経験 | (無・有 : |) |
| 3. 妊娠または妊娠の可能性 | (無・有 : | 週目 ※ 13週未満はMR禁忌) |
| 4. 閉所恐怖症 | (無・有 : |) |

※ 予約時の注意事項

- 検査予約は直通電話をご利用ください。放射線課直通(月-金：8：30～19:00、土：8：30～17:30)
TEL：086-276-5670・FAX：086-276-5680
- 原則1日1部位でお願いします。
- 造影検査をご希望の場合、「問診票と承諾書」もご準備ください。
- 何かご不明な点等ございましたら予約の際にお尋ねください。

※ 患者さまへお伝えいただくこと

当日は、予約時間30分前までに、1階「紹介受付」へお越し頂き以下のものをご提示下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 健康保険証、公費負担医療の受給者証(所有されている方) | <input type="checkbox"/> 問診票・承諾書 (造影検査ご希望の場合) |
| <input type="checkbox"/> 貴院の紹介状、もしくはこの書面 | <input type="checkbox"/> 画像情報・検査結果など (実施している場合) |