

診療情報提供書兼申込書(放射線科検査依頼票)

年 月 日

大阪警察病院 放射線診断科 御中
紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 医師氏名

電話番号 () - FAX () -

フリガナ	生年月日	T・S・H・R	年	月	日(歳)
患者氏名			性別	男 ・ 女	
住所 〒	電話番号 ()				

大阪警察病院 受診歴	有 ・ 無 備考 ()
------------	--------------

保 険 証	保険者番号	記号	番号	枝番
	公費負担者番号	公費受給者番号	本人 ・ 家族	

1.傷病名

2.紹介目的(検査内容)

MRI	<input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 造影 → 造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。
	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI) <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 (造影) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 右・左 () 関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※体内金属の入っている方は対応出来ない場合があります。下記該当欄をチェックしてください。</small> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 条件付き MRI 対応ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()

CT	<input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 造影 → 造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。
	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・副鼻腔・上下顎・中内耳) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()

RI	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> ドパミントランスポーターシンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()
----	---

骨密度測定	<input type="checkbox"/> ルーチン (腰椎正側 + 左大腿頸部) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
-------	--

アレルギー有無	ヨード造影剤 (有 ・ 無) / MR 造影剤 (有 ・ 無) / 薬 (有 ・ 無)
---------	---

予約希望日時	① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()
--------	-------------------------

C@RNA予約	年 月 日 () 時 分 予約済み
---------	--------------------

検査結果	<input type="checkbox"/> 画像CDと報告書 (検査後1~2日後に郵送) <input type="checkbox"/> 報告書のみ (画像CDは不要) (検査後1~2日後に郵送) <input type="checkbox"/> その他 () <small>※ RI検査の報告書は、1週間程度かかる場合があります。</small>
------	--

医師確認	<input type="checkbox"/> 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得られた (放射線検査は必ずチェックが必要です)
------	---

※報告書をお急ぎの際は FAX させていただきますので、下記連絡先までご連絡下さい。
 ※本申込書、造影剤同意書 (造影検査の方) は下記連絡先に FAX して下さい。