

## 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

医療機関名 医師名

住所(〒 - )

Tel( ) - 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)                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ※造影検査の場合：eGFR ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ・血清クレアチニン値 mg/dl                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| MR I                                                                                   | <input type="checkbox"/> 単純<br><input type="checkbox"/> 造影 → 造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※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。<br><input type="checkbox"/> 無 <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<br><input type="checkbox"/> 造影 → 造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。<br><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<br><input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RI                                                                                     | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ<br><input type="checkbox"/> ドパミントランスポーターシンチ<br><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)<br><input type="checkbox"/> 報告書のみ (画像CDは不要) (検査後1～2日後に郵送)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※ RI検査の報告書は、1週間程度かかる場合があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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。<br>※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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

大阪警察病院 地域医療連携センター TEL 06-6775-2863 FAX 06-6775-2864

大阪警察病院