

診療情報提供書兼申込書(放射線科検査依頼票)

様式 4

令和 年 月 日

第二大阪警察病院 放射線科 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	M・T・S・H・R	年	月	日	(歳)	
患者氏名						性別	男 ・ 女
住所 〒						電話番号 (_____)	

保険者	本人・家族	保険番号	公費										
-----	-------	------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

老人一部負担金免除 無 ・ 有 (割) _____

1.傷病名 _____

2.紹介目的(検査内容) _____

MRI	<input type="checkbox"/> 単純 → MRI チェックリストも FAX して下さい。
	<input type="checkbox"/> 造影 → MRI チェックリストと造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。
	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳は MRA を含む) <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 (_____)

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 (脳 MRI との融合画像をご希望の際は MRI も併せて御依頼下さい。)
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 (_____)

マンモグラフィ 両側 右側のみ 左側のみ ※豊胸術後は不可

骨密度測定 ルーチン (腰椎正側 + 左大腿頸部) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

上部消化管造影 下咽頭・食道 食道・胃・十二指腸

単純撮影 胸部 腹部 (仰臥位・立位) KUB 骨 (部位: _____)

放射線科直通電話での予約取得日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) AM ・ PM _____ :

FAXでの予約の場合の希望日時
① _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) AM ・ PM _____ : _____ 頃
② _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) AM ・ PM _____ : _____ 頃

検査結果 画像CDは検査当日に患者さんに渡し、報告書は、後日、郵送する (無料)。
 画像CDと報告書を、後日、同時に配送する (送料370円)。 その他

医師確認 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得られた

※報告書をお急ぎの際は FAX させていただきますので、地域医療連携室までご連絡下さい。
※本申込書、MRI チェックリスト、造影剤同意書は地域医療連携室に FAX して下さい。