

放射線検査依頼書（診療情報提供書）

令和 年 月 日

紹介元医療機関・医師氏名	
先生 ㊦	
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	当院診察券 <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		
検査の結果、緊急性が高いと判断された場合、下記のどちらかを選んで☑チェックしてください。 <input type="checkbox"/> なにわ生野病院での診察(入院や転院調整を含む)を依頼する。 <input type="checkbox"/> 必ず紹介元に帰院させる、紹介元で患者に説明等を行います。		
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 ※ 1 予約 1 部位でお願いします。 <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"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 頭部(□脳 □眼窩 □副鼻腔)□頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎(□頸椎 □胸椎 □腰椎)□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にてご連絡をお願いします。

- 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します。
- 依頼書を確認後、同意書や問診票等をFaxいたしますので、依頼当日もしくは翌日までにFaxにて返送して下さい。

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30分 (受付時間外は翌平日対応)
休診日:日曜、祝日、年末年始