放射線画像診断・治療申込書（FAX 送信票）

国立病院機構 東近江総合医療センター 地域医療連携室宛

（FAX 0748-22-5626／TEL 0748-22-3111）

申込医療機関名

医　師　名

T　E　L

F　A　X

年　月　日

患者様事項（氏名には必ずフリガナをお付け下さい。）

フ リ ガ ナ

氏　　名　　性 別　男 ・ 女

生 年 月 日　M・T・S・H・R　年　月　日 生 （　　）歳

〒　－

住　　所

T E L　（　－　－　）

前回の受診の時と姓が変更になった方 旧姓（　　）

希 望 日	無 ・ 有 → 第１希望　月　日（　）第２希望　月　日（　） 発熱などの症状がある方のご紹介は、必ず事前にお知らせください。

【安全に検査を行うためにご記入下さい】	
発熱	□発熱なし　□発熱あり（　月　日　.　度 ）　日間
造影剤使用検査	＊アレルギー 無 ・ 有（　　）＊喘息 有 ・ 無 ＊eGFR（　　）
女 性 患 者 様	□妊娠なし　□可能性あり　□不明　□妊娠中でも検査必要

依頼検査項目		検査依頼部位をいずれか一箇所に〇で囲む、あるいはチェックして下さい		
	□ MRI □ CT □ 単純 □ 造影	頭部	脳・下垂体・副鼻腔・脳 MRA・VSRAD・その他（　　）	
		頸部	頸部・頸部 MRA・その他（　　）	
		胸部	胸部・その他（　　） ※心臓(冠動脈)CT は、循環器内科の診察が必要です。	
		腹部	肝胆膵・MRCP・その他（　　）	
		脊椎	頚椎・胸椎・腰椎・その他（　　）	
		骨盤	子宮卵巣・膀胱前立腺・股関節・その他（　　）	
		上肢	□右　□左　上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他（　　）	
		下肢	□右　□左　大腿・膝関節・下腿・足関節・足・その他（　　）	
	RI（核医学）	骨シンチ・ガリウムシンチ・負荷心筋シンチ（Tetrofosmin） 脳血流シンチ・DAT スキャン・心臓交感神経（H/M）・その他（　　）		
	一 般 撮 影	乳房撮影・その他（　　）	骨密度測定	腰椎のみ・腰椎＋大腿骨頚部

放 射 線 治 療	部位（　　）・入院での治療希望	□ 腹部超音波検査

連絡事項等

・患者様には健康保険証、予約票、診療情報提供書を持参し受診いただくようお伝えください。

・MRI の予約に際しては、ペースメーカー装着（検査不可）、人工心臓弁・人工骨頭等の安全確認及び入れ墨部位での本人了解をお願いいたします。

・造影剤使用の CT・MRI 予約依頼時は、アレルギー・喘息・eGFR の確認をお願いいたします。

※FAX での受付は、平日 8:30～17:00 です。時間外の申し込みにつきましては恐縮ですが、翌診療日の返信になりますのでご了承願います。

2022.10.1 改訂