

放射線画像診断申込書 (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

持続血糖値測定器

なし あり(撮影時は外す必要があります。)

依
頼
検
査
項
目

MRI

CT

単純

造影

検査依頼部位をいずれか一箇所に○で囲む、あるいはチェックして下さい

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 頸椎・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・脳血流シンチ (IMP, ECD ※指示がない場合 IMP となります。)

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+大腿骨頸部

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

- 患者さんには健康保険証、予約票、診療情報提供書を持参し受診いただくようお願いください。
- 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。

2024.10.1 改訂