

放射線検査申込書

関西電力病院 地域医療連携室 御中

TEL(06)7501-1406(直通)

FAX(06)6458-0347(直通)

受診科	科	紹介元医療機関 (住所) (電話・FAX) (医師名)
医師名	先生	

【紹介目的】
 (病名・検査目的)

…【必須確認事項 (CT・MRI の造影の場合必ず記入をお願いします) ……】…

- ・喘息 (有・無) ・アレルギー (有・無) ・腎機能障害 (有 CRE mg/dl ・無)
- ・MRI は次の項目で「有」の方は検査できません
- ・ペースメーカー (有・無) ・心臓ペースメーカー・VPシャント (有・無)
- ・人工内耳等の電極 (有 ・ 無)
- ・MRI 対応でない脳動脈クリップや体内金属、材料不明の金属 (有・無)
- ・その他既往歴・感染症等情報 ()

【検査内容】

CT 単純 造影 *冠動脈 CT は診察が必要です
 部位: 頭部 頸部 胸部 全腹 その他 ()

MRI 単純 造影
 部位: 頭部 [脳・下垂体・内耳・その他 ()] 頸部 胸部
 腹部 (部位:) 骨盤腔 (部位:) 脊椎 (部位:)
 四肢 (部位:) 血管系 (部位) その他 ()

RI 骨シンチ 甲状腺シンチ その他 ()
 身長 (cm) 体重 (kg)

消化管造影
 その他 ()

希望年月日: 平成 年 月 日 ()

* CT・MRI の検査日は、月曜・木曜となります。
 * 所見は後日となる場合があります * 画像は CD-R でお渡しします

【当院での受診歴 有 ・ 無 】

患者氏名	(フリガナ)	(生年月日)
	男 女	大・昭・平 年 月 日 (才)
住所・TEL	〒	TEL ()
	記号・番号	公費負担
保険情報	保険者番号	