

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	

<p>【紹介目的】 (病名・検査目的)</p>	<p>※下記2点を実施頂き、チェックして下さい。 <input type="checkbox"/>放射線被ばくの説明をし、同意を得た <input type="checkbox"/>放射線検査・治療の必要性の説明を行った</p>
<p>【必須確認事項】(CT・MRIの場合必ず記入をお願いします)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喘息 (有・無) ・アレルギー (有・無) ・腎機能障害 (有 CRE mg/dl ・無) ・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 () 	
<p>【検査内容】</p> <p><input type="checkbox"/>CT <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 *冠動脈CTは診察が必要です 部位：<input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>全腹 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>MRI <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 部位：<input type="checkbox"/>頭部 [脳・下垂体・内耳・その他 ()] <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腹部 (部位：) <input type="checkbox"/>骨盤腔 (部位：) <input type="checkbox"/>脊椎 (部位：) <input type="checkbox"/>四肢 (部位：) <input type="checkbox"/>血管系 (部位) <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>RI <input type="checkbox"/>骨シンチ <input type="checkbox"/>甲状腺シンチ <input type="checkbox"/>その他 () 身長 (cm) 体重 (kg)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p style="text-align: center;">希望年月日： 年 月 日 ()</p> <p>*CT・MRIの検査日は、月曜・火曜・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</p>	

【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・令 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	

※本申込書と紹介状をあわせ、FAXにてお申し込み下さい。
 紹介状原本は当日御本人が御持参して頂く様、お願い致します。