

放射線検査予約申込書 兼 診療情報提供書 (紹介状)

兵庫県立加古川医療センター
 地域医療連携部 (予約担当)
 直通電話 079-497-7011
 FAX番号 **079-438-3756**
 代表電話 079-497-7000
 (内線3151)
 予約受付時間 9:00~17:00

紹介医療機関名：
 所在地：
 TEL：
 FAX：
 診療科： 医師名： ⑧

患者様	ふりがな			男・女	加古川医療センターにおける受診歴の有無 有 (科) ・ 無			
	氏名							
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)			
	住所	〒						
	TEL	(自宅)		(連絡先)				
検査希望日	・ 緊急性あり ・ 通常							
	第1希望日		月	日 (曜日)	第2希望日			
			月	日 (曜日)				
	その他：							
<input type="checkbox"/> CT 検査	<input type="checkbox"/> 単純部位 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部	()
<input type="checkbox"/> MRI 検査	単純部位 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 脊椎	()
	●MRI 用問診表 (事故防止のため、必ず全て記入してください。記入がないと検査できない場合があります。)							
	*手術歴 (無・有)		*脳動脈瘤クリップ (無・有)		*妊娠 (無・有)		*義歯 (無・有)	
	*心臓ペースメーカー (無・有)		*人工骨・関節等 (無・有)		*不整脈 (無・有)		*義眼 (無・有)	
	*冠状動脈ステント (無・有)		*人工内耳 (無・有)		*てんかん (無・有)		*入れ墨 (無・有)	
	*心臓人工弁 (無・有)		*体内金属片 (無・有)					
<input type="checkbox"/> RI 検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ		<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ		<input type="checkbox"/> DAT スキャン		その他 ()	
<input type="checkbox"/> X線骨塩定量 (骨密度測定) 検査	(測定部位：		<input type="checkbox"/> 腰椎		<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部		<input type="checkbox"/> 両方)	
検査結果報告	<input type="checkbox"/> 画像入り所見用紙のみ		<input type="checkbox"/> 画像 CD と所見用紙		<input type="checkbox"/> 地域連携ボックス			
①診断名 ②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								

※検査結果 (所見用紙・画像 CD) は、直接患者様へお渡しします。

ご紹介ありがとうございました。折り返し、上記の FAX 宛に初診予約票・案内票等を送付いたします。当日患者様には、ご紹介状・検査予約票・検査同意書 (必要な場合のみ)・保険証・各種受給者証を持参の上で来院いただくよう、ご案内願います。