様式１-2　　平成　　年　　月　　日

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：　　㊞

患者様	ふりがな		男・女	県立加古川病院（旧病院）または加古川医療センターにおける受診歴の有無
	氏 名			有　（　　科）・　無
	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：		
□ CT 検査		□単純　□造影　部位　□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□下腹部　□全腹部　□その他（　　）		
□ MRI 検査		単純　部位　□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□下腹部　□背椎　□その他（　　） ●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）		
□ RI 検 査		□骨シンチ　□脳血流シンチ　□DAT スキャン　□その他（　　）		
□ 上部消化管造影検査（食道胃十二指腸透視）				
□ X線骨塩定量（骨密度測定）検査　（ 測定部位：　□ 腰椎　□ 大腿骨頸部　□ 両方 ）				
検査結果報告		□ 画像入り所見用紙のみ　□ 画像 CD と所見用紙　□ 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、直接患者様へのお渡しします。

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ご来院いただくよう、ご案内願います。