

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 平日9:00~18:30
 土曜日(祝日をのぞく)9:00~11:30

紹介医療機関名：
 所在地：
 TEL：
 FAX：
 診療科： 医師名： ⑩

| | | | | | |
|--|--|--|-------|---------------------|--|
| 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 | |
| | 氏名 | | | 有 (科) ・ 無 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 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"/> その他 () | | | |
| <input type="checkbox"/> MRI 検査 | 単純部位 ●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"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| <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ご来院いただくよう、ご案内願います。