

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	<input type="checkbox"/> 単純部位	<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 ( )		
●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 )					
*身長 ( cm ) *体重 ( kg ) *体内金属 (無・有) *骨折椎体の除外 (可・不可) *TBSレポート (要・不要)					
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。