様式1-3　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

放射線検査申込書　兼　診療情報提供書　（紹介状）　【CT・RI・骨塩定量】

兵庫県立加古川医療センター　　　　　　　 紹介医療機関名：

地域医療連携部（予約担当）

　直通電話　０７９－４９７－７０１１　　　 所　在　地：

　FAX番号　**０７９－４３８－３７５６**ＴＥＬ ：

　代表電話　０７９－４９７－７０００　　　 　ＦＡＸ ：

（内線３１５１）　　　 　診療科：　　　　　　　　　　　　　 　　医師名：

予約時間　９：００～１７：００

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・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： |
| * CT検査
 | □単純 部位:□頭部 　□頸部　 □胸部 　□上腹部 　 □下腹部　 □全腹部　□その他（　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| * RI検査
 | * 骨シンチ　　　　□　脳血流シンチ　　　　□　DATスキャン　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| * 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 ）

\*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 | □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宛てに初診予約票・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・各種受給者証をご持参の上ご来院いただくよう、ご案内願います。