

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

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)

紹介医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

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:			
<input type="checkbox"/> CT 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"/> 全腹部 <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)				
*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。