

放射線検査予約申込書(診療情報提供書)

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院		紹介機関名: 住所: 〒 -	
医事調整課 TEL:0791-58-1050(内線183) FAX:0791-58-1071		TEL/FAX: 診療科: 医師名:	

患者	フリガナ		男	生年月日	M T S H	歳	体重Kg
	氏名		女		年 月 日生		
	住所	〒 -					
	TEL	自宅(携帯) 緊急時 氏名() 続柄()					

検査希望日	第1希望 年 月 日	第2希望 年 月 日
-------	------------	------------

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> CT (単純のみ) * 胸部CTはチェックして下さい ・ 心臓ペースメーカー (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・ 植え込み型除細動器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※ 有りの場合は機器の調整をしないと検査が出来ません。機器を入れる手術をした病院で検査するか、機器を含まない撮像範囲のみになります。(例: 下肺のみ)	

MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> MRI (単純のみ) ● MRI検査確認事項(事故防止のため必ず全てご記入下さい) * 心臓ペースメーカー (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 植え込み型除細動器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * シェントバルブ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 人工内耳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 可動性義眼 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 生体刺激装置 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 骨成長刺激装置 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 妊娠 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※ 上記や電氣的・機械的に動作する体内埋込物が有る場合検査出来ません。 * 脳動脈クリップ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 人工関節 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 心臓人工弁 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 避妊リング (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※ 取り外せない体内金属についてはMR適合品かご確認下さい * 義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 手術歴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 閉所恐怖症 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 刺青 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※ 火傷の危険性がありますので患者さんの同意を得て下さい。	

骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節
-----	---------------------------------

診断名	
-----	--

①主訴	②既往歴及び家族歴	③検査所見	④治療経過	⑤現在の処方	⑥その他
-----	-----------	-------	-------	--------	------

患者に関する留意事項、薬物アレルギーなど:
妊娠 (☐ 無 ☐ 有)※ いずれの検査も、妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、検査による危険性と有用性をご考慮下さい。
※CD-R・検査結果は、翌日以降郵送となります。
ご紹介ありがとうございました。折り返し検査予約表・検査予約連絡票(紹介元医療機関用)を送付いたします。