

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
 医事調整課
 TEL:0791-58-1050(内線183)
 FAX:0791-58-1071

紹介機関名:
 住所: 〒 _____
 TEL/FAX:
 診療科:
 医師名:

患者	フリガナ		男女	生年月日	M T S H			体重Kg	
	氏名				年	月	日生		歳
	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 (単純のみ)

頭部 胸部 腹部 その他()

* 胸部CTはチェックして下さい
 * 心臓ペースメーカー (無 有)
 * 植え込み型除細動器 (無 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 (単純のみ)

頭部 頭部+MRA 頸部MRA その他()

● 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 (無 有) * 植え込み型除細動器 (無 有)
 * シェントバルブ (無 有) * 人工内耳 (無 有)
 * 可動性義眼 (無 有) * 生体刺激装置 (無 有)
 * 骨成長刺激装置 (無 有) * 妊娠 (無 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 (無 有) * 人工関節 (無 有)
 * 心臓人工弁 (無 有) * 避妊リング (無 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 (無 有) * 手術歴 (無 有) * 閉所恐怖症 (無 有)
 * 刺青 (無 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 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。