

画像診断検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

北大阪ほうせんか病院

放射線科 行

紹介元医療機関

所在地 〒

送付先(地域連携部)

FAX: 072-643-2768

名称

医師名

診療科

科

TEL

()

-

FAX

()

-

検査目的 現病歴 既往歴 (コメント)	造影検査の場合 Cr: 又は eGFR: 採血日(/) ※腎機能値は6ヶ月以内のもの ビグアナイド系糖尿病薬 ☐ 使用 ☐ 未使用 ※当日と検査後は48時間休薬 ※造影の可否につきまして は、 最終的に当院医師が判断を いたします。 ☐ 感染症あり ☐ 感染症なし 具体的な感染症 ()		ヨード過敏症: あり・なし 薬物・食物過敏症: あり・なし 喘息: あり・なし *喘息がある場合は造影MRI禁忌 ☐ ペースメーカー、人工弁 体内金属(磁性体): ☐ 動脈瘤クリップ・ステント ☐ 消化管吻合用クリップ ☐ 人工骨頭・関節 ☐ 内シヤント ☐ 右 ☐ 左 ☐ 乳腺術後 ☐ 右 ☐ 左 その他(特記事項)	
	診断名・主訴			
希望日	※希望日または都合の悪い日等、複数日記載願います。			
フリガナ	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	当院受診歴 有・無 (ID:)	
氏名				
住所			TEL	

CT (単純・造影)	MRI (単純・造影)	注意事項 患者様の状態や疾患の内容により、 当科担当医の判断で撮像の追加や省略、 部位の変更、造影剤使用の変更を行う場合が ございますので、ご了承ください。 検査当日にご持参いただくもの ①診療情報提供書原本 ②予約書 ③健康保険証・各種医療証 検査同意書は当院で取得いたしますが、貴院様で 造影剤リスク等は、予め説明をお願い致します。
頭部 (ルーチン・後頭蓋窩・下垂体・聴覚器) 頭部 (眼窩・副鼻腔・口腔・咽頭・喉頭) 頸部 (耳下腺・顎下腺・甲状腺) 胸部 (肺・縦隔・胸壁・乳房) 腹部 (ルーチン・肝・胆・脾・腎・副腎・消化管) 骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・外性器) 血管 (頭部・頸部・胸部・腹部～骨盤・四肢末梢) 脊椎 (頸部・胸部・腰部・仙尾骨) 上肢 (骨・軟部) 下肢 (骨・軟部)		
		検査レポートは郵送いたします。 CD-Rは検査終了後、本人にお渡しします。 レポートのFAXを希望される方は、 下記の要に○をして下さい。 FAX (要・不要)

依頼書送信先 北大阪ほうせんか病院 地域連携部 FAX:072-643-2768・TEL:072-643-6921(代)