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　〒

名 称
医師名　　診療科　　科
TEL　（　　）　－
FAX　（　　）　－

送付先 地域連携部）
FAX：072-643-2768

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 ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病薬 □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MR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 □内シャント　□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。		
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		男・女	明・大・昭・平 年　月　日 （　　歳）	当院受診歴 有・無 ID：　　）
住　所		TEL	

CT（単純　・造影）　MRI（単純　・造影）	注意事項
頭　部　（ルーチン・後頭蓋窩・下垂体・聴覚器）	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。
頭　部　（眼窩・副鼻腔・口腔・咽頭・喉頭）	**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**
頸　部　（耳下腺・顎下腺・甲状腺）	**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。**
胸　部　（肺・縦隔・胸壁・乳房）	
腹　部　（ルーチン・肝・胆・膵・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)