

CT・MRI・RI

検査依頼書（紹介状）

独立行政法人国立病院機構

申込日 令和 年 月 日

神戸医療センター

放射線科

担当医 宛

紹介元医療機関名

住 所 〒

電 話 番 号 () -

F A X 番 号 () -

担 当 医 師 名

【患者情報】

氏 名	フリガナ	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 () 歳
	☐ 男・ ☐ 女 旧姓 () ※必ず記載をお願いします。	TEL	自宅 () - 携帯 () -
住 所	〒		
神戸医療センター受診歴	☐ 有 (ID：) ☐ 無 ☐ 不詳		
患者予約回答待ち状況	☐ 外来待機中 ☐ 入院中 (月 日退院後受診) ☐ 帰宅して連絡待ち		
予約希望日	第一希望 月 日 第二希望 月 日 ☐ いつでもよい ☐ その他 ()		
予約当日、「紹介状（原本）」「予約票」「同意書」「マイナンバーカード又は保険証」をご持参いただきますよう 患者さんにご案内をお願いします			

検 査 種 別	CT	☐ 単純 ☐ 造影※ ☐ 冠動脈 ☐ 頭部 ☐ 胸部 (☐ 肺野 ☐ 縦郭) ☐ 上腹部 (☐ 肝 ☐ 胆 ☐ 膵 ☐ 腎) ☐ その他 ()
	MRI	☐ 単純 ☐ 造影※ ☐ MRCP ☐ 頭部 ☐ 頸椎 ☐ 胸部 ☐ 腰椎 ☐ 上腹部 (☐ 肝 ☐ 胆 ☐ 膵 ☐ 腎) ☐ 下腹部 (☐ 子宮 ☐ 卵巣) ☐ 心臓 ☐ その他 ()
	RI	☐ 骨シンチ ☐ ガリウムシンチ ☐ 脳血流シンチ ☐ その他 ()
腎機能評価	※造影剤を使用する検査をご希望の場合 クレアチニン mg/dl (採血日 月 日 日)	

確 認 事 項	☐ 無 ・ ☐ 有	心臓ペースメーカー
	☐ 無 ・ ☐ 有	体内金属（心臓人工弁・人工骨頭・手術用プレート等）
	☐ 無 ・ ☐ 有	重度不整脈
	☐ 無 ・ ☐ 有	妊娠の可能性
	☐ 無 ・ ☐ 有	肝機能障害
	☐ 無 ・ ☐ 有	腎機能障害
	☐ 無 ・ ☐ 有	感染症
	☐ 無 ・ ☐ 有	閉所恐怖症
	そ の 他 ()	

検査目的	(傷病名、主訴、検査目的等) ※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。（紹介状は当日必ずご持参ください） ☐ 別紙参照

【検査指示医へのお願い】

- 患者さんの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください
- 高度の肝障害、腎障害がある場合は、その旨を必ず記載してください
- 撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください
- 検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者さんに持参させてください
- 放射性医薬品購入の都合上キャンセルされる場合は、事前に放射線科までご連絡ください（当日キャンセルはご遠慮ください）

【問い合わせ先】 神戸医療センター 地域医療連携室 TEL：078-795-6584（直通）