

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 () 歳
	旧姓 () ※必ず記載をお願いします。		TEL
住 所	〒		
神戸医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
患者予約回答待ち状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 (月 日退院後受診) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 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資格証明書」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	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影※ <input type="checkbox"/> 冠動脈※ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 縦郭) <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎) <input type="checkbox"/> その他 ()
	MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影※ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 下腹部 (<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他 ()
	RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	心臓ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	体内金属 (心臓人工弁・人工骨頭・手術用プレート等)
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	重度不整脈
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	妊娠の可能性
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	肝機能障害
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	腎機能障害
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	感染症
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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ありましたら、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)