

放射線検査申込依頼書（診療情報提供書）

病院送付用

令和 年 月 日

大阪赤十字病院
放射線診断科 担当医 先生

紹介元医療機関

[事務局 大阪赤十字病院医療連携課]
TEL: 06-6774-5127
FAX: 06-6774-5126名称
紹介医氏名 印
住所 〒

TEL:
FAX:

| | | | | |
|-------|------------------------------|-------|----------------------|-------|
| フリガナ | | | 大阪赤十字病院での受診歴 : 無 ・ 有 | |
| 患者氏名 | 男 ・ 女 | | (ID番号: -) | |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (才) | | | |
| 住 所 | 〒 自宅TEL: - - 携帯TEL: - - | | | |
| 保険者番号 | 記号 | 資格取得日 | 年 月 日 | |
| | 番号 | 有効期限 | 年 月 日 | |
| 被保険者 | 本人 ・ 家族 (被保険者氏名) | | 負担割合 | 割 |
| 公費番号 | | | 資格取得日 | 年 月 日 |
| 受給者番号 | | | 有効期限 | 年 月 日 |
| 老 免 | 無 ・ 有 | | 負担割合 | 割 |

※上記項目につきましては、貴院におけるカルテ表紙のコピーを送信していただいても結構です。

| | |
|-----------------|--------------------|
| 希 望 日 | 第一希望 令和 年 月 日 (曜日) |
| | 第二希望 令和 年 月 日 (曜日) |
| 傷 病 名 | |
| 紹介目的 (症状経過等) | |

※造影の場合は同意を確認し、当日同意書を持参していただってください。(Kvアチン値: 検査日:)

| CT □単純 □造影 | | MRI □単純 □造影 | | | RI |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 | <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) | <input type="checkbox"/> 骨シンチ |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 頭部血管MRA | <input type="checkbox"/> 前立腺 | <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ |
| <input type="checkbox"/> 胸部 | () | <input type="checkbox"/> 乳腺 (右・左) | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 | | <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) | () |
| <input type="checkbox"/> 下腹部 | | <input type="checkbox"/> MRCP | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) | その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 腎・副腎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 骨塩定量 |

<MRI検査前確認事項> 下記①～⑥に該当する項目をご確認いただき、□に✓をお願いします。

①心臓ペースメーカー ②MRI非対応体内金属 ③MRI対応体内金属 ④イレズミ・アートメイク ⑤妊娠 ⑥閉所恐怖症
□ なし □ あり 番号: _____ (具体的に:)

※なお、該当項目の内容により、当日の造影検査が単純検査に変更になる場合や検査を中止する場合があります。

必要がある場合は、別紙に記載して添付をお願いします。