

大阪急性期・総合医療センター FAX06-6693-4143

診療情報提供書(画像診断検査依頼書)

平成 年 月 日

紹介元医療機関の
所在地及び名称 _____

F A X 番号 _____

医 師 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

ふりがな 患者氏名	_____	当センターID _____	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 _____		電話番号	_____
生年月日	明・大・昭・平： 年 月 日 (歳)	当センターへの来院歴(<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない)		

傷病名	_____	妊娠調査欄
症状経過	_____	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はない
		<input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ ヶ月)
		<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある
既往歴	_____	検査日 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

希望検査種	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他(_____)	造影(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他(_____)	造影(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	<input type="checkbox"/> 単純X線撮影 <input type="checkbox"/> 歯科X線撮影(パノラマ) <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 骨塩定量		

*造影検査(CT, MRIともに)を行う場合は、腎機能確認のため最新の血液検査結果を添付してください。

*その他の検査依頼につきましては、直接画像診断科にお問い合わせください。(内線5111)

検査結果 (必ずチェック下さい)	<input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> 所見とCD-R(返却不要) *当日患者様にお持ち帰りいただきますので、検査終了後に多少お待ちいただく場合があります。 *骨塩定量検査は、結果を印刷し、直接患者様にお渡しいたします。
---------------------	---

《注意事項》

- ・検査はすべて予約制ですので、画像診断科受付(内線5111)にお電話のうえ、検査日時を決定してください。
- ・検査日時が決定した後、この診療情報提供書と承諾書(造影CT・MRI検査の場合)、確認書(MRIの場合)に必要事項を記入の上、当センター地域医療連絡室宛にFAX(06-6693-4143)してください。
- ・上記必要書類の原本は、検査当日に患者様にご持参いただくよう、ご説明よろしくお願い致します。
- ・小児など眠剤が必要な患者様の場合、直接検査の依頼を受付かねますので、当センター各診療科を受診ください。
- ・患者様の状態やご病気の内容により、当科検査担当医の判断で撮影を追加・省略したり、造影剤使用の変更を行う場合がありますので、ご了承ください。
- ・RI検査(6,000点)など高額な検査も含まれております。

患者様には検査内容とともに十分なお説明をお願い致します。

・検査当日にご持参いただくもの - ①診療情報提供書②予約票③承諾書・確認書④健康保険証・各種医療証

保険情報 ※正確にご記入下さい	本人 家族	保険者番号	記号	番号	有効期限等
	公費 負担 等	公費負担番号	公費受給者番号		老人一部 負担金等助成 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		公費負担番号	公費受給者番号		
		公費負担番号	公費受給者番号		