

大阪南医療センター地域医療連携室【放射線科依頼書 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)



【地域連携室受付時間は 月～木曜日9:00～17:15まで/金曜日9:00～20:00まで/土曜日9:00～13:00 となります。\*H\*  
\* (ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	明治	年 月 日生
			大正	
			昭和	
			平成	
			令和	( )歳
住所	〒	電話番号	- -	
当センターでの受診歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号: )			
患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います。	(診療情報提供書は、受診日前日までにFAX送信下さい。)		現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)	
ADL 該当に☑してください	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法をご記入下さい [ ]			
医療機関名 住所 医師名			電話番号	
			FAX番号	

撮影依頼項目選択 \*撮影希望は1撮影・検査ごとに1枚ずつ依頼書が必要になります。

◆撮影(検査)希望日◆ 以下のいずれかの撮影・検査に☑チェックし、希望日を記入下さい。

第1希望日： 月 日 曜日

第2希望日： 月 日 曜日

コンピュータ 断層撮影 (MRI/CT)	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
		<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢( ) <input type="checkbox"/> 下肢( )
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 造影	MRIのみ <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> DWIBS <input type="checkbox"/> VSRAD
<input type="checkbox"/> CT	*造影検査予約には安全確認のため、問診票(同意書)を必ずご記入頂き、ご依頼時にFAXをお願いします。	

MRI検査チェックシート (MRI検査依頼時のみ☑をお願いします)

・ペースメーカー、植込み型除細動器を装着していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・人工内耳を装着していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・手術やカテーテル治療などで金属が体内に入っていますか ( 年 月頃) 材質は ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・義眼をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・身体に刺青(いれずみ)をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・閉所恐怖症ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・金属を研磨するような仕事の経験がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・磁石(じしゃく)で固定する入れ歯(インプラント等)をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

注：チェック項目により身体に危険な場合があります、検査が出来ないことがあります。

検査結果について	<p>*検査後の画像・所見は「ゆうパック」にて数日以内に郵送致します。</p> <p>*CT・MRI検査15:30までの予約をされている患者様に限り、お急ぎの場合は、検査後所見はFAX送信・画像は患者様にお渡し致しますので、それぞれに☑お願いします。 所見至急 <input type="checkbox"/> ・画像お渡し <input type="checkbox"/> (注：CDのみ可、30～60分程度でお渡しできます。)</p> <p>*画像情報形態は原則CDです。フィルムでの提供を依頼される場合は以下に☑お願いします。 フィルム要 <input type="checkbox"/></p>
----------	---

連絡事項等