

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 / 金曜日9:00～20:00 / 土曜日9:00～13:00 となります。】
 * (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	
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

核医学 (RI)	<input type="checkbox"/> 骨シンチ・・・火・水曜日のみ予約可(午前9時注射、午後撮像)
	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ・・・検査には2日来院が必要です。(火曜日検査用注射 → 金曜日撮像)
	<input type="checkbox"/> 脳SPECT検査・・・木曜日午前中のみ予約可
	<input type="checkbox"/> 安静時脳血流(IMP) <input type="checkbox"/> DatScan(午前と午後の2回撮像)
	<input type="checkbox"/> 心筋MIBG検査・・・木曜日午前中のみ予約可(午前と午後の2回撮像)

透視検査	<input type="checkbox"/> 胃透視
------	------------------------------

一般撮影	<input type="checkbox"/> 乳房撮影 (マンモグラフィー)
	<input type="checkbox"/> 胸部撮影
	<input type="checkbox"/> その他 ()

検査結果について	*検査後の画像(CD-R)・所見は「ゆうパック」にて数日以内に郵送致します。
----------	--

連絡事項等	
-------	--