

りんくう総合医療センター 画像診断依頼用紙

当院記入欄

診療情報提供書

紹介医療機関名・医師名・電話・FAX

送信先：りんくう総合医療センター 地域医療連携室  
TEL：072-469-7835 FAX：072-469-7931

緊急 ・ 通常		りんくう総合医療センター受診歴 有 ・ 無		診察券番号 (ID 番号) ( )		CD-R 画像による情報提供 有 ・ 無	
患者 様 情 報	フリガナ				男 ・ 女	旧姓 ( )	
	患者氏名						
	生年月日	明・大・昭・平・令		年	月	日生 ( )	歳
	住 所	〒			TEL		
	保険者番号				公費負担番号		
	記号・番号				公費受給者番号		
	区 分	本人 ・ 家族	負担割合	割	受診状況	(貴院に) 入院中 ・ 通院中	
検 査 の 依 頼 内 容	検査予約日	年		月	日 ( )	時	分頃
	C T	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任 ※造影・一任は、別途「同意書」の持参、下記に e-GFR 値の記載が必要です。					
		部位： 頭頸部【 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> インプラント用(単純のみ) <input type="checkbox"/> その他( )】 胸腹部【 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部(骨盤含む)】 心 臓【 <input type="checkbox"/> 心臓(造影のみ)】 その他【 <input type="checkbox"/> 】					
		<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任 ※造影・一任は、別途「同意書」の持参、下記に e-GFR 値の記載が必要です。					
	MRI	部位： 頭頸部【 <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 全脳+頭部MRA <input type="checkbox"/> 全脳+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部】 胸腹部【 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・腎) <input type="checkbox"/> MRCP(胆膵)】 骨盤部【 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸】 骨軟部【 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他( )】 その他【 <input type="checkbox"/> 】					
		※1部位の依頼で お願いします。 ※心臓ペースメーカーを ご装着の場合、原則 対応できません。					
骨密度 DXA 法による【 <input type="checkbox"/> 腰椎+ <input type="checkbox"/> (右・左)大腿骨頸部】 <input type="checkbox"/> 単純X線撮影(部位： ) ・ <input type="checkbox"/> 歯科撮影(パノラマ) ・ <input type="checkbox"/> 乳房撮影							
その他	RI: <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> カリウムシンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> ダクトスキャン <input type="checkbox"/> MIBG 心筋シンチ <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> その他( ) ※負荷心筋血流シンチは循環器内科を受診して下さい。 <input type="checkbox"/> 単純X線撮影(部位： ) ・ <input type="checkbox"/> 歯科撮影(パノラマ) ・ <input type="checkbox"/> 乳房撮影						
診断名							
既往歴 ・ 現病歴							
造影・両方・一任 は、別途「同意 書」持参、e-GFR 値の記載が 必要です。	e-GFR 値( )mL/min/1.73m <sup>2</sup> 血液検査日( 年 月 日)						
来院方法※要記入	<input type="checkbox"/> 独歩可能・ <input type="checkbox"/> 車イス・ <input type="checkbox"/> 搬送車・ <input type="checkbox"/> 救急車 その他( <input type="checkbox"/> 点滴・ <input type="checkbox"/> 酸素・ <input type="checkbox"/> 吸引)						

(当院記入欄) 検査室 EX 医師 技師 看護師

※1検査につき1枚の依頼用紙を記載してください。