

## 診療情報提供書(兼)検査依頼申込書

受診希望科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当院受診歴 (有・無)

検査後診察 (有・無)

放射線科の検査について  
 ※画像のコピー(CD-R)の希望  
 【有(郵送・当日手渡し)・無】  
 \*読影レポートは後日FAXにてご報告

医療機関名			
所在地			
医師名			
TEL	( )	-	
FAX	( )	-	

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所			TEL	( ) -

検査予約希望日時 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

傷病名
既往歴
紹介目的【治療経過等】

### 検査依頼項目・検査部位

★CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影時アンギオ有			
<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 上腹部CT(肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 上腹部CT+ダイナミック[造影] <input type="checkbox"/> 胸部~骨盤部CT <input type="checkbox"/> 上腹部~骨盤部CT <input type="checkbox"/> 骨盤部CT <input type="checkbox"/> 冠動脈CT[造影] <input type="checkbox"/> その他CT( )				
※CT検査で造影を希望される場合は、 <b>造影問診票</b> と <b>同意書</b> が必須となります(3ヶ月以内のeGFRが必要です)				
★MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影			
<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRI+A <input type="checkbox"/> 頭部MRI+A(VSRAD) <input type="checkbox"/> 頭部MRI+A 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRI+A <input type="checkbox"/> 胸部MRI <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝+MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部MRI(肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 肝臓プリモビスト[造影] <input type="checkbox"/> 骨盤部MRI <input type="checkbox"/> 頸椎MRI <input type="checkbox"/> 胸椎MRI <input type="checkbox"/> 腰椎MRI <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部(広めで) <input type="checkbox"/> 骨盤骨 <input type="checkbox"/> 肩MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 膝MRI(右・左) <input type="checkbox"/> その他MRI( )				
※MRI検査では、 <b>MR問診票</b> が必須となります。				
※造影を希望される場合は、 <b>造影問診票</b> と <b>同意書</b> が必須となります(3ヶ月以内のeGFRが必要です)				
★アイソトープ	<input type="checkbox"/> 脳DATスキャン <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 心筋 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他( )			
★その他検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度検査			
★生理検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査【頸動脈・甲状腺・心臓・腹部・下肢血管(動脈・静脈)・その他の部位( )】			
★内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(経口・経鼻) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	★その他	栄養指導(病名: )	

- ※ MRI・CT造影検査は、同意書の記入もお願いします。
- ※ 上記の検査につきましては、検査日に必ず紹介状をお持ちいただくようお願いいたします。
- ※ 超音波内視鏡・気管支鏡・心臓カテーテル検査等は、事前に担当診療科に受診していただき、そこで検査の予約を取っていただきますので、よろしく願います。
- ※ 脳血流シンチの薬剤負荷は行っておりません。

〒488-8585  
 尾張旭市平子町北61番地  
 旭労災病院 地域医療連携室  
 TEL:0561-53-6196  
 FAX:0561-53-8459