

診療情報提供書(兼)検査依頼申込書

受診希望科 _____ 科
_____ 先生

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 (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"/> 頭部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、 造影問診票 と 同意書 が必須となります(3カ月以内の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"/> 腹部MRI(肝・腎・副腎) <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) <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、 MR問診票 が必須となります。	
※造影を希望される場合は、 造影問診票 と 同意書 が必須となります(3カ月以内の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 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査(VC + FVC)
★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 <input type="checkbox"/> ★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、よろしくお願いいたします。
※ 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