

大阪府済生会中津病院 放射線診断科 検査依頼書【診療情報提供書】

FAX: 06-6372-6871 (直通) FAX 受付時間: 24 時間

希望日

① 月 日 (曜日)
② 月 日 (曜日)

紹介元医療機関名:

所在地:

医師名:

TEL/FAX:

保存媒体
 CD-R
 フィルム
 不要
 (所見のみ郵送)

[貴院にて待機中・帰宅]

★下記の項目もご記入ください。

体温 (度・検温日 /) 2週間以内の発熱 (有・無)
 コロナ罹患歴 (有・無)
 有の場合 直近の発症日 (/) 解除日 (/)

ふりがな			
氏名:	性別: 男・女	生年月日: 大・昭・平・令	年 月 日 () 歳
住所: 〒	電話番号:		

該当の所に☑してください。 ADL : 独歩 車いす ストレッチャー

患者さん情報 : 糖尿病 腎不全 喘息 造影剤アレルギー 薬物アレルギー ()

- ・造影剤アレルギー、喘息治療中の方の造影検査はできません。
- ・造影剤要又は放科判断の場合血液生化学検査(クレアチニン値)をご記入下さい。Cre. mg/dl 検査日: (3ヶ月以内)
- ・腎機能不良、検査値未記入の場合は原則として非造影検査とさせていただきます。

MRI ガドリニウム造影剤 (要 ・ 不要 ・ 放科判断)

確認事項 ・ペースメーカー ・人工内耳 ・刺青 ・動脈瘤クリップ ・腹腔内クリップ ・ステント ・妊娠 ・コンタクトレンズ ・閉所恐怖症

検査部位 ・全脳 ・全脳+MRA ・下垂体 ・小脳橋角部 ・眼窩 ・副鼻腔 ・頸部 ・胸壁縦隔 ・乳房 ・肝胆脾
 ・肝胆脾+MRCP ㊦ ・腎臓 ・副腎 ・骨盤部 ・前立腺 ・腎動脈 MRA ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・股関節
 ・その他 ()

㊦ MRCP では、原則として陰性造影剤ボーステルを経口投与しています。授乳は投与後 48 時間避けて下さい。

CT ヨード造影剤 (要 ・ 不要 ・ 放科判断)

・頭部 ・副鼻腔 ・内耳道 ・頸部 ・胸部 ・肝胆脾腎 ・骨盤部 ・肝～骨盤 ・胸～骨盤 ・その他 ()

RI ※ 前処置が必要です ☆RI 検査は、高額薬剤を使用するため、キャンセルのご連絡は検査日の 3 日前までお願いいたします。

・骨 ・ガリウム ・脳血流 (ECD) ・黒質線条体 (DAT) ・甲状腺 (TC) ・副甲状腺 ・※副腎皮質
 ・肺血流 ・肺換気 ・唾液腺 ・レノグラム ・MIBG (※心筋交感神経機能・※副腎髄質) ・その他 ()

DIP

消化管透視 ・咽頭/食道 ・食道/胃十二指腸 ・胃/十二指腸 ・※注腸 ※ 前処置が必要です

主病名・合併疾患
紹介目的・検査希望事項
既往歴および家族歴
症状経過・治療および検査結果等
現在の処方

お問い合わせ: 地域連携・患者支援センター

TEL 受付時間: 平日 9 時 00 分~19 時 30 分

TEL: 06-6372-1036 (直通)

土曜日 9 時 00 分~16 時 45 分

※上記直通番号が繋がらない場合は、06-6372-0333 (代表) にご連絡ください

※ 第 2・第 4 土曜日休診 (救急を除く)