

中国労災病院 放射線診断科検査申込書 (FAX番号 0823-74-6260)

年 月 日

中国労災病院 地域医療連携室

FAX 0823-74-6260 (直通)

TEL 0823-74-0321 (直通)

<患者情報> ※太枠内は必ずご記入下さい。

<紹介元医療機関>

医療機関名・住所

急変時に迅速な対応をさせていただくため、必ず緊急連絡先のご記入をお願いします。

フリガナ																			
氏名									様	旧姓									
生年月日	年 月 日 (歳)								☐	男									
									☐	女									
郵便番号	〒 -																		
現住所																			
電話番号	- -																		
医師名																			
TEL番号																			
FAX番号																			
緊急連絡先																			
保険者番号										公費負担者番号									
被保険者等の 記号・番号									公費受給者番号										
交通事故	☐ 有		☐ 無		労働災害		☐ 工作中		☐ 通勤中		☐ 無								
紹介目的																			

希望日時 ① 月 日 () 時 分
② 月 日 () 時 分

CT、MR検査の造影希望はeGFR値(もしくはクレアチニン値)が必須となります。92日以内の最新の値を必ずご記入下さい。

eGFR値= (クレアチニン値(CRE)=) 測定年月日 年 月 日

・CT検査		☐ 単純	☐ 造影あり	☐ 放射線科医に一任 (クレアチニン値の記載をお願いします。)
☐ 頭部CT ☐ 頸部CT ☐ 胸部CT ☐ 腹部CT ☐ 骨盤部CT ☐ その他()				
☐ 副鼻腔CT ☐ 中耳CT ☐ 上肢CT ☐ 下肢CT				
・RI検査				
☐ 骨シンチグラム ☐ ガリウムシンチグラム ☐ レノグラム ☐ その他()				
・骨密度検査				
☐ 骨密度測定(腰椎+大腿骨頭) * 骨粗鬆症				
☐ 体組成解析(全身) * 内分泌疾患・糖尿病等				
・MR検査		☐ 単純	☐ 造影あり	☐ 放射線科医に一任 (クレアチニン値の記載をお願いします。)
		※必ずチェックをお願いします。		(体内金属留置 ☐ 有 ☐ 無)
☐ 頭部MRI・A ☐ 頭部MRI・A (アルツハイマー用: 対象50歳以上) ☐ 頭部MRI ☐ 頸部MRI				
☐ 頭部MRI・A 頸部MRA ☐ 胸部MRI ☐ 乳房MRI (右・左) ☐ 腹部MRI ☐ MRCP				
☐ 頸椎MRI ☐ 胸椎MRI ☐ 腰椎MRI ☐ 骨盤MRI ☐ 肩MRI (右・左) ☐ 腹部(肝臓)MRI				
☐ 上肢MRI(部位:) ☐ 股関節MRI (右・左) ☐ 大腿MRI (右・左) ☐ 前立腺MRI				
☐ 膝MRI (右・左) ☐ 下腿MRI (右・左) ☐ 足関節MRI (右・左)				
☐ 足MRI (右・左) ☐ その他()				

- CT検査は随時(8:30-16:00)。(地域連携室へご連絡ください。)
- RI検査の予約は状況により変わりますが、骨シンチは水、木の午後、ガリウムは随時(朝注射→2日後15:00撮影予定) レノグラム 月・木の午前中となります。
- MR検査の予約は平日の14:00からとなります。(予約状況により変わります。)
- 人工関節等の体内金属留置の有無のチェックをお願いいたします。
- 当院HP→地域連携タブ→紹介患者さんの申込 のページからこちらのフォーマットがダウンロードできます。