年　　　　　月　　　　　日

**放 射 線 検 査　申　込　書**

**関西電力病院　地域医療連携室　御中**

**ＴＥＬ（０６）７５０１－１４０６（直通） ＦＡＸ（０６）６４５８－０３４７（直通）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受診科** | **放射線診断科** |  | 紹介元医療機関（住 所）（電話・FAX）（医 師 名） |  |
| **医師名** | **先生** |

**【 当院での受診歴　有 ・ 無 】**

|  |
| --- |
| **【紹介目的】　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※下記2点を実施頂き、チェックして下さい。****病名・検査目的　　　　　　　　　　　　　　　□放射線被ばくの説明をし、同意を得た****□放射線検査・治療の必要性の説明を行った****【必須確認事項】（CT・MRIの場合必ず記入をお願いします）****・喘息（　有・無　）　・アレルギー（　有・無　） ・腎機能障害（　有　CRE　mg/dl　・無　）****・ペースメーカー　（　有・無　） ・心臓ペースメーカー・ＶＰシャント（　有・無　）****・人工内耳等の電極（　有・無　） ・ビグアナイド系糖尿病薬 （　有・無　）****・ＭＲＩ対応でない脳動脈クリップや体内金属、材料不明の金属（　有・無　）****・その他既往歴・感染症等情報（ 　 　　　　　 　　　　　　）****【検査内容】** **□ Ｃ Ｔ　　□単純　　□造影　＊冠動脈CTは診察が必要です** **部位：□頭部　 □頸部　 □胸部　 □全腹　　　□その他（　　　　　　　　　　）****□ＭＲＩ □単純　　□造影** **部位：□頭部 [ 脳 ・ 下垂体 ・ 内耳 ・ その他（　　　　　　）] □頸部 □胸部** **□腹部（部位：　　　） □骨盤腔(部位：　　　)□脊椎（部位：　　　　）****□四肢（部位：　　）　□血管系（部位　　　） □その他（　　　　　　　　　　　　）****□ＲＩ　□骨シンチ　□甲状腺シンチ　 □その他（　　　　　）****身長（　　　　　cm）　　体重（　　　　　　kg）****□その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****希望年月日：　　　　　年　　　月　　日（　　）****＊ＣＴ・ＭＲＩの検査日は、月曜・火曜・木曜となります。****＊所見は後日となる場合があります　　　＊画像はCD-Rでお渡しします** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | （生年月日）大・昭・平・令年　　　月　　　日（　　　　才） |
| 　　　　　　　　　　　　　　男　　　女　 |
| 住所・ＴＥＬ | 〒TEL　　　（　　　） |
| 保険情報 | 記号・番号 |  | 公費負担 |  |
| 保険者番号 |  |  |

**※本申込書と紹介状をあわせ、FAXにてお申し込み下さい。**

**紹介状原本は当日御本人が御持参して頂く様、お願い致します。**