

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】 病名・検査目的	※下記2点を実施頂き、チェックして下さい。 ☐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】 ☐CT ☐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	(フリガナ)	(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。