医療共同利用設備申込書　兼　診療情報提供書(放射線検査)

西暦　　年　　月　　日

紹介元医療機関

八尾徳洲会総合病院

放射線科医宛

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

患　者　情　報　(保険情報を必ず添付してください)

フリガナ			ADL	□歩行可能 □車椅子 □ストレッチャー	透析曜日
氏名(旧姓)	男 (　　)女				
生年月日	西暦　　年　　月　　日生　　歳				
住所	〒				
電話番号	－　　－	日中連絡のつく電話番号	－　　－		
都合の悪い日時		希望日時			

※該当項目に必ずチェックをつけてください

検査依頼項目

MRI □単純 □造影 □EOBプリモビスト(肝のみ)		CT □単純 □造影	単純写真(CR)
□脳(脳幹含む)	□膀胱	□脳	□部位(　　)
□脳血管	□前立腺	□脊椎(頚、胸、腰、仙)	撮影方向(　　)
□頚部血管	□子宮・卵巣	□顔面	マンモグラフィー
□顔面・顎部	□心臓大動脈	□頚部・甲状腺・耳下腺	□マンモグラフィー
□耳下腺・顎下腺	□腎動脈	□胸部　□乳腺	骨密度
□頚部・甲状腺	□下肢血管	□腹部全体(肝臓～骨盤)	□骨密度
□胸部・乳腺	□肩関節(右・左)	□肝胆膵　□腎臓	血管造影
□MRCP	□上腕(右・左)　□肘関節(右・左)	□骨盤	□部位(　　)
□肝臓	□前腕(右・左)　□手関節(右・左)	□冠状動脈3DCT	消化管造影(バリウム)
□胆嚢・総胆管	□手(右・左)	□大動脈(胸・腹)	□下咽頭・喉頭　□注腸
□膵臓	□股関節(右・左)□膝関節(右・左)	□下肢血管	□食道　□小腸
□脾臓	□大腿(右・左)　□下腿(右・左)	□四肢(右・左)	□胃　(経口、有管法)
□副腎	□足関節(右・左)□足(右・左)	(部位　　)	□十二指腸
□腎臓	□脊椎(頚、胸、腰、仙)	□歯科インプラント	その他の造影検査
	□その他(　　右・左)	□その他(　　)	□DIP　□DIC-CT

該当するものにチェックしてください

□閉所恐怖症	□ペースメーカー装着	□妊婦	□脳・心臓手術後	□その他(埋設物・電極等)
□入れ墨	□インプラント	□義眼	□中国針	□治金・金属加工(職業など)

診療情報提供

傷病名	
既往歴 症状経過	※頭部MR・CTを受けられる患者様に緊急性の異常所見が見つかった場合、 当院での緊急受診を希望されますか？(　はい　・　いいえ　)
現在処方	

八尾徳洲会総合病院　病診連携室　　TEL　072-993-9637　FAX　072-993-8718
受付時間　平日9時～19時　土曜　9～13時　　※休みは日曜、祝日と12月31日～1月3日