地域医療連携課 行　　年　月　日

TEL :072－696－3274
FAX :072－695－0054

高槻赤十字病院 放射線科オープン検査予約依頼票
（診療情報提供書兼用）

医療機関名 :　　TEL :

医師氏名 :　　FAX :

☆事前にカルテを作成しておきますので、患者情報の記入をお願いします。

(ﾌﾘｶﾞﾅ) お名前		性別	男	生年月日	大・昭・平・令	
			女		年　月　日	
住所	(〒　　)			電話		
				携帯		
患者状態	独歩	車椅子	ストレッチャー			

保険								
記号				番号				
負担割合		割	本人	家族				

公費								
公費有効期限　年　月　日								

診療情報	傷病名・既往歴・手術歴・紹介目的・症状経過・現在の処方等　□診療情報は別紙参照

注：造影剤使用に関する問診票・同意書は事前FAXをお願いします。

☆ご希望の検査に〇印をお願いします。**注：CT・MRIは検査時インスリン持続注入及び血糖測定器を取り外してください。**

CT検査 ※時間外17:20/17:40/18:00土日祝15:00/16:00は単純のみ(副鼻腔・側頭骨・眼窩・3Dなどの特殊撮影は除く)の予約枠になります。

	単純		造影13:20枠のみ	部位

MRI検査 ※時間外17:30/18:00/18:30は単純のみ

	単純		造影	部位

注：MRI検査を安全に受けてもらう為に、MRI検査禁忌の医療機器がありますので、ご確認をお願いします。

心臓ペースメーカー ・ 磁性体脳動脈瘤クリップ ・ 移植蝸牛刺激装置(人工内耳) ・ 除細動器(ICD)
神経刺激装置 ・ 骨成長刺激装置 ・ スワンガンツカテーテル ・ 強磁性体の破片(鉄砲等)

RI検査 ※予約枠は検査によって異なります。

	骨シンチ		甲状腺(Tc)		心筋交感神経機能(123I-MIBG)		安静脳血流(123I-IMP)
	ダットスキャン(123I-DAT)		※その他　地域医療連携課までご相談ください				

☆予約希望日をご記入ください。

第1希望	月　日（　）	第2希望	月　日（　）	第3希望	月　日（　）

※所見は検査翌業務日にFAXのうえ原本とCD-Rは郵送させて頂きます。
※業務時間外の依頼は翌業務日の返信となります。

地域医療連携課 業務時間 平日8:40-19:00 土曜日8:40-13:00

2020/7