

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。

Form with fields for name (フリガナ), sex (性別), birth date (生年月日), address (住所), phone (電話), and mobile (携帯).

Form for insurance (保険) and public charges (公費), including fields for policy number (記号), serial number (番号), and validity period (公費有効期限).

Large form for medical information (診療情報), including injury/medical history (傷病名・既往歴・手術歴・紹介目的・症状経過・現在の処方等) and a checkbox for separate medical information (診療情報は別紙参照).

☆ご希望の検査に○印をお願いします。

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。

Form for CT scan selection with checkboxes for 'Simple' (単純) and 'Contrast' (造影) and a field for 'Part' (部位).

MRI検査 ※時間外17:30/18:00/18:30は単純のみ

Form for MRI scan selection with checkboxes for 'Simple' (単純) and 'Contrast' (造影) and a field for 'Part' (部位).

RI検査 ※予約枠は検査によって異なります。

Form for RI scan selection with checkboxes for 'Bone Scintigraphy' (骨シンチ), 'Thyroid' (甲状腺(Tc)), 'Cardiac sympathetic nerve function' (心筋交感神経機能), 'Cerebral blood flow' (安静脳血流), and 'Datascan' (ダットスキャン).

骨密度 ※予約枠は、13:00 / 13:30 / 14:00 / 14:30

Form for bone density selection with checkboxes for 'Lumbar + Femur' (腰椎 + 大腿骨), 'Lumbar only' (腰椎のみ), 'Femur only' (大腿骨のみ), and 'Forearm' (前腕骨).

★注意 ①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。 ②各検査を安全に受けていただくために、次の医療機器の装着や植え込みについてご確認ください。

Form listing medical devices to avoid: cardiac pacemaker, ICD, CGM, magnetic aneurysm clips, cochlear implants, nerve stimulators, bone growth stimulators, Swan-Ganz catheters, and ferromagnetic debris.

☆検査希望日をご記入ください。

Form for entering the desired examination date with fields for 1st, 2nd, and 3rd preference (第1希望, 第2希望, 第3希望).

※所見は検査翌業務日にFAXのうえ原本とCD-Rは郵送させていただきます。

※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