

放射線検査予約申込書 兼 診療情報提供書

兵庫県立ひょうごこころの医療センター

地域医療連携部
TEL:078-940-5510
FAX:078-581-1005

紹介機関名:	
住所: 〒	-
TEL/FAX:	
診療科:	
医師名:	

患者	フリガナ					性別		生年月日		体重kg
	氏名					性別		生年月日		歳
	住所	〒 -								
	TEL	自宅(携帯)								
		緊急時				氏名()		続柄()		
検査希望日		第1希望 平成 年 月 日				第2希望 平成 年 月 日				
<input type="checkbox"/> CT検査		<input type="checkbox"/> 頭部単純CT								
<input type="checkbox"/> MR検査 (単純)		<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎MRI <input type="checkbox"/> 腰椎MRI ● MR検査確認事項(事故防止のため必ず全てご記入下さい。) * 心臓ペースメーカー (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 植え込み型除細動器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 脳動脈クリップ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 人工内耳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) * 上記以外の体内金属 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※有の場合、MR対応であることを必ずご確認ください。 * 閉所恐怖症 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ☆当日の安全確認により、検査をお断りさせていただく場合があります。								
<input type="checkbox"/> RI検査		<input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)SPECT ●他にRI検査の予定がある場合は予約日にご注意ください。								
検査結果報告		<input type="checkbox"/> 画像CD <input type="checkbox"/> 所見報告書 <input type="checkbox"/> 画像CD+所見報告書								
診断名										
①主訴 ②既往歴及び家族歴 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他										
●患者に関する留意事項、薬物アレルギーなど:										
●妊娠 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、いずれの検査も原則として行いません。										

※検査結果は、後日郵送となります。
ご紹介ありがとうございました。折り返し必要書類を返信させていただきます。