

## 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:	

患者様	フリガナ							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 (ドパミントランスポーターSPECT・MIBG心筋交感神経シンチについてはご相談ください。) ●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 (  無  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。なお、画像出力として診療費とは別に、1,080円を自費にてお支払い頂きます。

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。