

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：〒 ー

TEL/FAX:

診療科：

医師名：

患者様	フリガナ		性別	生年月日	歳	体重 kg
	氏名					
	住所	〒 ー				
TEL	自宅（携帯）					
緊急時		氏名（ ） 続柄（ ）				
検査希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 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 (認知症診断目的の頭部MR検査にはVSRAD解析結果を添付しております。) 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 <input type="checkbox"/> 脳線条体 (ダットスキャン) SPECT ⇒ (アルコール過敏症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ※ダットスキャンの場合はご記入ください。 <input type="checkbox"/> 心筋交感神経 (MIBG) シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ ☆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+所見報告書 <input type="checkbox"/> 画像CDのみ ⇒ <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 所見報告書のみ					
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。

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。