

画像診断検査 事前予約FAX用紙



年 月 日

放射線科 浅川 徹 先生

科 先生

※放射線科撮影後、専門科の診察が必要な場合のみご記入ください。

紹介元医療機関の所在地・名称

TEL _____

医師氏名 _____

印 _____

FAX _____

| | | | |
|-------|----------|-----|------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 大・昭平・令 年 月 日 (歳) |
| 住 所 〒 | 電話番号 () | | — |
| | | | 当院受診歴 有・無・不明 (カルテNo.) |

主訴・検査目的

症状経過及び治療経過・検査所見

| | | | |
|-------|--|-------------------------------|-----------|
| CT | 頭部・頸部・胸部・上腹部・腹部骨盤・骨盤部・胸部～骨盤・その他 () | | |
| MR | 頭部 (全脳MR、頭部MRA、頸部MRAを含む)・頭部精査・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・MRCP・骨盤部・骨・軟部・MRA (大動脈～下腿部)・その他 () | | |
| RI | 骨・Ga・脳血流 (¹²³ I、Tc)・甲状腺 (TI+Tc)・甲状腺摂取率 (¹²³ I、Tc)・肺血流・消化管出血・メッケル・レノグラム・副腎 (MIBG)・その他 () | | |
| 造 影 | 不要・要・放科一任 | 腎機能検査値 (血清クレアチニン _____ mg/dl) | 検査日 年 月 日 |
| 希 望 日 | 緊急 (当日・ _____ 日以内) ・ _____ 日までに ・ 希望日 年 月 日 (午前・午後) | | |
| 画像コピー | 不要・必要 (CD-R・フィルム) | | |

地域連携室/受付時間

- ◆ 受付時間……平日：午前 8 時30分～午後 6 時30分
 - ◆ 休 診 日……土曜日・日曜日・祝日 年末年始 (12/30～1/3)
- ※ 時間外、休診日に予約のファクシミリをいただいた場合、お返事は翌開業日になります。

◎ 地域連携室…直通TEL:086-422-2116 FAX:086-422-2168