

診療情報提供書兼申込書(放射線科検査依頼票)

様式 4

令和 年 月 日

第二大阪警察病院 放射線科 御中

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 _____ 医師氏名 _____

電話番号 (_____) - _____ FAX (_____) - _____

| | | | | | | | |
|------|------|---------|---|---|---|----------------|-------|
| フリガナ | 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日 | (歳) | |
| 患者氏名 | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 〒 | | | | | | 電話番号 (_____) | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者 | 保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 公 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 老人一部負担金免除 | 無 ・ 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | (割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 1.傷病名 | |
| 2.紹介目的(検査内容) | |
| MRI | <input type="checkbox"/> 単純 → MRI チェックリストも FAX して下さい。 <input type="checkbox"/> 造影 → MRI チェックリストと造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 (脳は MRA を含む) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 (造影) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 右・左 (_____) 関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| CT | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 → 造影剤使用に関する同意書も FAX して下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 (脳・副鼻腔・上下顎・中内耳) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| RI | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (脳 MRI との融合画像をご希望の際は MRI も併せて御依頼下さい。) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 骨密度測定 | <input type="checkbox"/> ルーチン (腰椎正側 + 左大腿頸部) 身長 _____ cm 体重 _____ kg |
| 単純撮影 | <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (仰臥位・立位) <input type="checkbox"/> KUB <input type="checkbox"/> 骨 (部位: _____) |
| 放射線科直通電話での予約取得日時 | 年 月 日 (_____) AM ・ PM _____ : |
| FAXでの予約の場合の希望日時 | ① 年 月 日 (_____) AM ・ PM _____ : 頃 ② 年 月 日 (_____) AM ・ PM _____ : 頃 |
| 検査結果 | <input type="checkbox"/> 画像CDは検査当日に患者さんに渡し、報告書は、後日、郵送する (無料)。 <input type="checkbox"/> 画像CDと報告書を、後日、同時に配送する (送料370円)。 <input type="checkbox"/> その他 |
| 医師確認 | <input type="checkbox"/> 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得られた |
| ※報告書をお急ぎの際は FAX させていただきますので、地域医療連携室までご連絡下さい。 ※本申込書、MRI チェックリスト、造影剤同意書は地域医療連携室に FAX して下さい。 | |

第二大阪警察病院 放射線科受付直通ダイヤル TEL:06-6773-7074 (8時30分~17時)

第二大阪警察病院 地域医療連携室 TEL:06-6773-8012 FAX:06-6773-8017

第二大阪警察病院