

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	本人・家族	保険番号	公費																
-----	-------	------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)	
MR I	<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 (_____)
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