ＦＡＸ送信用

放射線科 画像検査予約申込用紙(診療情報提供書)　令和　年　月　日

関西医科大学附属病院　放射線　科　検査担当医

紹介元医療機関の所在地・名称　電　話

ＦＡＸ

医師名

フリガナ	旧姓	男 女	生年月日
患者氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生(　歳)
住所　〒 電話番号			関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号(　)

検査項目：□ＣＴ（単純・造影）　□ＭＲＩ（単純・造影）　□核医学（ＰＥＴ-ＣＴ・ｼﾝﾁ）
□コーンビームＣＴ　□パノラマ　□その他（　）

主訴および傷病名

アレルギー：□薬物過敏　□食物過敏

既往歴および家族歴	嗜好

現病歴および現歴・検査所見・治療経過等

現在の処方

受診希望日　第 1 希望　令和　年　月　日(　)

第 2 希望　令和　年　月　日(　)

希望日なし　又は　不都合な日があればご記入ください。〔　〕

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の 16 時 30 分までにご連絡くださいますようお願いします。

＜諸法関係＞ 労災(公災)、保護医療(福祉事務所名　)

交通事故・その他(　)

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません（詳細は担当者とご相談ください）

地域医療連携部／受付時間　**関西医科大学附属病院　〒573-1191 枚方市新町 2 丁目 3 番 1 号**

《受　付》平日　8 時 30 分～20 時　土曜日　8 時 30 分～12 時 30 分

《休診日》日曜、祝日、第 2・4 土曜日、年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742　ＦＡＸ 072-804-2861

放射線科画像検査申込票

一般シンチ用

令和　　年　　月　　日

患者氏名

患者生年月日

年　　月　　日

紹介元医療機関名

紹介元電話番号

検査部位	検査と薬品名	主な対象疾患
骨・骨髄	□ 全身骨	骨腫瘍・骨髄炎
	□ 全身骨髄	再生不良性貧血
安静心筋	□ 心筋血流	心筋梗塞・狭心症
	□ 心筋MIBG	心筋交感神経･心不全
	□ 心筋BMIPP	心筋脂肪酸代謝
腫瘍ガリウム	□ 全身Ga	悪性腫瘍検索
	□ 全身炎症Ga	不明熱・炎症巣検索
腫瘍タリウム	□ 全身Tl	悪性腫瘍検索
	□ 脳Tl	脳腫瘍検索
	□ 肺Tl	肺癌検索
甲状腺・副甲状腺	□ 甲状腺Tc	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	□ 甲状腺Tl	甲状腺腫瘍
	□ 甲状腺I	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	□ 副甲状腺MIBI	副甲状腺腺腫・過形成
腎・副腎	□ 腎ﾚﾉｸﾞﾗﾑMAG3	水腎症・腎血管性高血圧
	□ 利尿ﾚﾉｸﾞﾗﾑMAG3	水腎症・尿管狭窄
	□ 腎DMSA	腎機能・腎梗塞
	□ 副腎皮質	副腎腺腫
	□ 副腎髄質	褐色細胞腫
脳	□ 脳血流ECD	認知症・脳梗塞
	□ ﾄﾞｰﾊﾟﾐﾝﾄﾗﾝｽﾎﾟｰﾀｰ	パーキンソン病・レビー小体病
	□ ﾊﾟｰｷﾝｿﾝMIBG（胸部）	パーキンソン病
唾液腺	□ 唾液腺（ﾚﾓﾝ負荷あり）	唾液腺腫瘍・唾液分泌障害
消化管	□ メッケル憩室	メッケル憩室
	□ 消化管出血	急性腸管出血
	□ 消化管蛋白漏出	低蛋白血症
肝	□ 肝ｱｼｱﾛGSA	慢性肝障害
	□ 肝・胆道PMT	胆汁通過障害
呼吸器	□ 肺血流MAA	肺塞栓
	□ 肺換気Tcｶﾞｽ	肺塞栓・気道閉塞
下肢静脈・リンパ管	□ 下肢静脈血栓	下肢静脈閉塞
	□ 下肢リンパ管	リンパ液の循環障害

関西医科大学　附属病院

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔病診連携課〕電話 **072-804-2742**　ＦＡＸ **072-804-2861**