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

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

必ずご記入ください。

CT　□ 単純　□ 造影

★ ペースメーカー　□ 有　□ 無

（心臓部位の検査を希望される場合は必ずご確認ください）

□	頭部	脳
□		顔面
□		眼窩、眼球
□		中耳、側頭骨
□		脳血管（CTA）
□		その他頭部
□		頭部ナビゲーション
□	頚部	顔面
□		咽頭、喉頭
□		唾液腺
□		鼻腔、副鼻腔
□		甲状腺、副甲状腺
□		頚部血管（CTA）
□		その他頚部
□	心臓	冠動脈（造影）
□	胸部	肺野、縦隔
□		頚胸部
□		頚−肝
□		肺−鼠径
□		頚−鼠径
□		胸腹部大動脈
□	腹部	肝−腎
□		肝−鼠径
□	骨盤	腸骨−恥骨
□	脊椎	頚椎
□		胸椎
□		腰椎、仙椎
□	上肢	肩関節
□		上腕
□		肘関節
□		前腕
□		手関節
□		手
□	下肢	股関節
□		大腿
□		膝関節
□		下腿
□		足関節、足

コンビームCT

CT耳	□右　□左
CT副鼻腔	□副鼻腔
CT頚部	□上咽頭　□中咽頭
	□下咽頭　□口咽頭
CT歯列全体	□歯列全体
CT歯列一部	□右上　□右下　□正面上
	□正面下　□左上　□左下

パノラマ

□		パノラマ
□		顎関節（開口、閉口）

必ずご記入ください。

MR　□ 単純　□ 造影

★ ペースメーカー　□ 有　□ 無
★ 人工内耳　□ 有　□ 無
★ 脳動脈瘤クリップ　□ 有　□ 無
★ その他体内金属　□ 有　□ 無
★ 妊娠の可能性　□ 有　□ 無
★ 持続血糖測定システム（リブレ）　□ 有　□ 無

□	頭部	脳
□		下垂体
□		眼窩、眼球
□		内耳、側頭骨
□		鼻腔、副鼻腔
□		その他頭部
□	頚部	咽喉頭
□		唾液腺、甲状腺、副甲状腺
□		その他頚部
□	胸部	縦隔
□		肺
□		その他胸部
□	腹部	肝
□		胆嚢、胆管
□		膵
□		腎
□		副腎
□		その他腹部
□	骨盤	子宮、卵巣
□		前立腺
□		精巣
□		膀胱
□		その他骨盤
□	脊椎	頚椎
□		胸椎
□		腰椎、仙椎
□	上肢	肩関節
□		上腕
□		肘関節
□		前腕
□		手関節、手
□	下肢	股関節
□		大腿
□		膝関節
□		下腿
□		足関節、足
□	MRA	頭部MRA(動脈)
□		頚部MRA(動脈)

PET−CT

※PET−CT検査は別紙【PET−CT検査連絡票】にてお申込みください。

☆ コーンビームCT・パノラマは部位1ヶ所のみにチェックしてください。
☆ CT・MRは単純/造影＋各確認項目＋部位にチェックしてください。≪1ヶ所のみ。≫
☆ CT心臓部位の場合、ペースメーカー有の患者さんは検査できない場合があります。
☆ MRはペースメーカーなど体内に金属が入っている患者さん、妊娠の可能性がある患者さん、ネイル（金属成分を含む）装着の患者さんの場合、安全面を考慮し検査申込の受付をお断りしております。
（条件付きペースメーカーについても、検討中のため現在は医療機関からの申込を受け付けておりません。）

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

関西医科大学附属病院

条件付きMRI対応心臓植込みデバイス　【MRI検査依頼時　チェックリスト】

基本情報	患者名・ID	
	依頼医師名・診療科	谷川　昇　（診療科　：　放射線科　）
	MRI検査予定日	年　　月　　日

MRI検査前チェック

□　患者様に挿入されている植込みデバイスの種類を確認した

→　□　ペースメーカ　　□　ICD/S-ICD　　□　CRT-D　　□　CRT-P

※植込みデバイスが ICD/S-ICDもしくはCRT-Dの場合、検査前チェック最後の項目説明をお願いします。

□　患者様より、「条件付きMRI対応カード」の提示がある

（ メーカー名 :　　）

□　心臓植込みデバイス・リードの植込み病院を確認した→（　□　当院　　□　他院　）

□　患者様より、条件付きMRI対応デバイスの「手帳」の提示がある

□　心臓植込みデバイス植込み後、2か月以上経過している

□　心臓植込みデバイスは胸部植込みである

□　MRIに対応していないリード・植込み機器や遺残リードなどが体内に無い

□　ICD・S-ICD・CRT-D挿入の場合、MRI検査中は不整脈を検出しない専用モードに変更するため、致死的不整脈に対して即座に治療されないことを依頼医から説明し、了承を得た

条件付きMRI対応カード(コピー)の貼付台紙

条件付きMRI対応カード（コピー）を貼り付けてください

連絡先（MRI専用サイト・フリーダイヤル）：　不整脈デバイス患者のMRI検査情報(統一サイト)　http://cieds-mri.com/jadia/public/

必ず、オーダー後にこの用紙をスキャンしてカルテに保存して下さい。無い場合はMRI検査できません。