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