

放射線科 画像検査予約申込用紙

F A X 送信用 ①

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

F A X

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 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： <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) <input type="checkbox"/> 核医学 (PET-CT・シンチ) <input type="checkbox"/> コーンビームCT <input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> その他()
主訴および傷病名
アレルギー 薬物過敏 食物過敏

※下記の項目を記入の際は、この用紙 FAX 送信用①を切り離して下さい。次ページ写りにご注意ください。

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いたします。

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも可) ※受診当日は必ず保険証原本をご持参ください。

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人	・	家族						

■公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									

<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(詳細は担当者にご相談ください)

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 F A X 072-804-2861

紹介状 (診療情報提供書)

関西医科大学附属病院診療録控 ②

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 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 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： <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) <input type="checkbox"/> 核医学 (PET-CT・シンチ) <input type="checkbox"/> コーンビームCT <input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> 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

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861

紹介状 (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 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 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

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号 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

一般シンチ用

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	<input type="checkbox"/> 全身骨	骨腫瘍・骨髄炎
	<input type="checkbox"/> 全身骨髄	再生不良性貧血
安静心筋	<input type="checkbox"/> 心筋血流	心筋梗塞・狭心症
	<input type="checkbox"/> 心筋MIBG	心筋交感神経・心不全
	<input type="checkbox"/> 心筋BMIPP	心筋脂肪酸代謝
腫瘍ガリウム	<input type="checkbox"/> 全身Ga	悪性腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 全身炎症Ga	不明熱・炎症巣検索
腫瘍タリウム	<input type="checkbox"/> 全身Tl	悪性腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 脳Tl	脳腫瘍検索
	<input type="checkbox"/> 肺Tl	肺癌検索
甲状腺・副甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺Tc	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 甲状腺TI	甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 甲状腺I	バセドウ病・甲状腺腫瘍
	<input type="checkbox"/> 副甲状腺MIBI	副甲状腺腺腫・過形成
腎・副腎	<input type="checkbox"/> 腎レグラムMAG3	水腎症・腎血管性高血圧
	<input type="checkbox"/> 利尿レグラムMAG3	水腎症・尿管狭窄
	<input type="checkbox"/> 腎DMSA	腎機能・腎梗塞
	<input type="checkbox"/> 副腎皮質	副腎腺腫
	<input type="checkbox"/> 副腎髄質	褐色細胞腫
脳	<input type="checkbox"/> 脳血流ECD	認知症・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ドーパミントランスポーター	パーキンソン病・レビー小体病
	<input type="checkbox"/> パーキンソンMIBG(胸部)	パーキンソン病
唾液腺	<input type="checkbox"/> 唾液腺(レモン負荷あり)	唾液腺腫瘍・唾液分泌障害
消化管	<input type="checkbox"/> メッケル憩室	メッケル憩室
	<input type="checkbox"/> 消化管出血	急性腸管出血
	<input type="checkbox"/> 消化管蛋白漏出	低蛋白血症
肝	<input type="checkbox"/> 肝アジア〇GSA	慢性肝障害
	<input type="checkbox"/> 肝・胆道PMT	胆汁通過障害
呼吸器	<input type="checkbox"/> 肺血流MAA	肺塞栓
	<input type="checkbox"/> 肺換気Tcガス	肺塞栓・気道閉塞
下肢静脈・リンパ管	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓	下肢静脈閉塞
	<input type="checkbox"/> 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 F A X 072-804-2861