

# 放射線科 画像検査予約申込用紙

FAX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

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

※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 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

患者氏名

令和 年 月 日

患者生年月日

年 月 日

必ずご記入ください。

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)	
<input type="checkbox"/>	頭部 脳
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球
<input type="checkbox"/>	中耳、側頭骨
<input type="checkbox"/>	その他頭部
<input type="checkbox"/>	頸部 顔面、副鼻腔
<input type="checkbox"/>	咽頭、喉頭、唾液腺、甲状腺
<input type="checkbox"/>	心臓 冠動脈(造影)
<input type="checkbox"/>	胸部 肺野、縦隔
<input type="checkbox"/>	頸胸部
<input type="checkbox"/>	頸-肝
<input type="checkbox"/>	肺-鼠径
<input type="checkbox"/>	頸-鼠径
<input type="checkbox"/>	胸腹部大動脈
<input type="checkbox"/>	腹部 肝-腎
<input type="checkbox"/>	肝-鼠径
<input type="checkbox"/>	骨盤 腸骨-恥骨
<input type="checkbox"/>	脊椎 頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎
<input type="checkbox"/>	上肢 肩関節
<input type="checkbox"/>	上腕
<input type="checkbox"/>	肘関節
<input type="checkbox"/>	前腕
<input type="checkbox"/>	手関節
<input type="checkbox"/>	手
<input type="checkbox"/>	下肢 股関節
<input type="checkbox"/>	大腿
<input type="checkbox"/>	膝関節
<input type="checkbox"/>	下腿
<input type="checkbox"/>	足関節、足

コンビームCT	
CT耳	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
CT副鼻腔	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
CT頸部	<input type="checkbox"/> 上咽頭 <input type="checkbox"/> 中咽頭
	<input type="checkbox"/> 下咽頭 <input type="checkbox"/> 口咽頭
CT歯列全体	<input type="checkbox"/> 歯列全体
CT歯列一部	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 正面上
	<input type="checkbox"/> 正面下 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下

パノラマ	
<input type="checkbox"/>	パノラマ
<input type="checkbox"/>	顎関節(開口、閉口)

MR □ 単純 □ 造影		
★ ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 人工内耳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ その他体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	頭部 脳	
<input type="checkbox"/>	下垂体	
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球	
<input type="checkbox"/>	内耳、側頭骨	
<input type="checkbox"/>	鼻腔、副鼻腔	
<input type="checkbox"/>	その他頭部	
<input type="checkbox"/>	頸部 咽喉頭	
<input type="checkbox"/>	唾液腺、甲状腺、副甲状腺	
<input type="checkbox"/>	その他頸部	
<input type="checkbox"/>	胸部 縦隔	
<input type="checkbox"/>	肺	
<input type="checkbox"/>	その他胸部	
<input type="checkbox"/>	腹部 肝	
<input type="checkbox"/>	胆嚢、胆管	
<input type="checkbox"/>	脾	
<input type="checkbox"/>	腎	
<input type="checkbox"/>	副腎	
<input type="checkbox"/>	その他腹部	
<input type="checkbox"/>	骨盤 子宮、卵巣	
<input type="checkbox"/>	前立腺	
<input type="checkbox"/>	精巣	
<input type="checkbox"/>	膀胱	
<input type="checkbox"/>	その他骨盤	
<input type="checkbox"/>	脊椎 頸椎	
<input type="checkbox"/>	胸椎	
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎	
<input type="checkbox"/>	上肢 肩関節	
<input type="checkbox"/>	上腕	
<input type="checkbox"/>	肘関節	
<input type="checkbox"/>	前腕	
<input type="checkbox"/>	手関節、手	
<input type="checkbox"/>	下肢 股関節	
<input type="checkbox"/>	大腿	
<input type="checkbox"/>	膝関節	
<input type="checkbox"/>	下腿	
<input type="checkbox"/>	足関節、足	
<input type="checkbox"/>	MRA 頭部MRA(動脈)	
<input type="checkbox"/>	頸部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。	

- ★ コンビームCT・パノラマは部位1ヶ所のみチェックしてください。
- ★ CT・MRは単純/造影+各確認項目+部位1ヶ所のみチェックしてください。
- ★ 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、妊娠の可能性のある患者さんの場合、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 F A X 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	<p><input type="checkbox"/> 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 → <input type="checkbox"/> ペースメーカ      <input type="checkbox"/> ICD/S-ICD      <input type="checkbox"/> CRT-D      <input type="checkbox"/> CRT-P</p> <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。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者様より、「条件付きMRI対応カード」の提示がある</p> <p style="padding-left: 20px;">（メーカー名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓植込みデバイス・リードの植込み病院を確認した→（ <input type="checkbox"/> 当院      <input type="checkbox"/> 他院 ）</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓植込みデバイス植込み後、2か月以上経過している</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓植込みデバイスは胸部植込みである</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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、致命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</p>
--------------------	--

条件付き MRI対応 カード (コピー) の 貼付台紙	<p><u>条件付きMRI対応カード(コピー)を貼り付けてください</u></p>
	<p>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)    <a href="http://cieds-mri.com/jadia/public/">http://cieds-mri.com/jadia/public/</a></p>

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。