

放射線画像検査申込表

令和 年 月 日

※ 診療情報を必ず添付してFAXして下さい

紹介元医療機関名

患者氏名

紹介元電話番号

患者生年月日

紹介元FAX番号

年 月 日

CT	
<input type="checkbox"/> 単純	
<input type="checkbox"/> 造影	
造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ビグアナイド系糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
※CT造影は上記チェック項目を必ずご確認ください	
頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳
	<input type="checkbox"/> 眼窩
	<input type="checkbox"/> 耳
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
	<input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 頸胸部
軀幹四肢	<input type="checkbox"/> 胸部(縦隔)
	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈
	<input type="checkbox"/> 胸腹部
	<input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈
	<input type="checkbox"/> 上腹部(肝～腎)
	<input type="checkbox"/> 下腹部(骨盤)
	<input type="checkbox"/> 腹部(肝～骨盤)
	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎
	<input type="checkbox"/> 腰仙椎
	<input type="checkbox"/> 全脊椎
	<input type="checkbox"/> 全脊椎(頸椎を除く)
	<input type="checkbox"/> 四肢
	<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> 膝関節	

MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
MRI撮影不可の金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※MRIは上記チェック項目を必ずご確認ください	
頭	<input type="checkbox"/> 脳
	<input type="checkbox"/> 下垂体
	<input type="checkbox"/> 内耳
	<input type="checkbox"/> 眼窩
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
	<input type="checkbox"/> 頭部MRA
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 頸部MRA
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部(縦隔)
	<input type="checkbox"/> 胸部MRA
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部
	<input type="checkbox"/> MRCP(単純)
	<input type="checkbox"/> MRCP+ダイナミック造影
	<input type="checkbox"/> EOB肝細胞特異造影
骨盤	<input type="checkbox"/> 上腹部MRA
	<input type="checkbox"/> 骨盤部
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部
	<input type="checkbox"/> 腰仙椎
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 手部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> 大腿部
	<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 下腿部
	<input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 下肢MRA	

注意点

- ☆ 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。
- ☆ 心臓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。
- ☆ MRI検査では条件付きペースメーカーの患者さんは、まずペースメーカー外来で診察を受けて頂く必要があります。
- ☆ MRI検査ではMRI可能かどうかの確認がとれていない体内金属を挿入している場合は検査をお断りしています。
- ☆ MRI検査では妊娠の可能性のある患者さんは安全面を考慮して検査をお断りしています。
- ☆ 紹介状を必ず添付してFAXして下さい。

関西医科大学総合医療センター
 地域医療連携部 病診連携課
 電話 06-6993-9444 FAX 06-6993-9488