

放射線科検査依頼票 (地域医療連携室紹介)

申込日 年 月 日

新宮市立医療センター
放射線科 宛
(FAX:0735-31-3385)

紹介元	医療機関名
	住所
	TEL・FAX
	診療科
	医師名

■患者情報

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
患者氏名	(男・女)		
住所	(〒 -)		
電話番号	当院受診歴	(無・有)	科

■希望の検査項目にチェックしてください。(造影CTの場合は、該当診療科に受診が必要です。)

□CT検査 (単純のみ)	【部 位】 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢() <input type="checkbox"/> その他()
	【確 認】 心臓ペースメーカー・埋め込み型電気刺激装置・・・ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ICD等の除細動器・・・ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明 (ICD等の本体にX線照射すると不具合 が起こる可能性があります危険な為、本体部分を避けて撮影を行います。) ※頭部・体部を同日に撮影出来ないことをご了承下さい。
□RI検査	【種 類】 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> 炎症ガリウムシンチ
	【確 認】 授乳中の確認・・・ <input type="checkbox"/> 授乳中でない <input type="checkbox"/> 授乳中
□骨密度測定 (DEXA法)	* 検査は、16:00 からの予約になります。

■確認事項・依頼内容

確認事項 (骨密度測定希望の方は①のみチェックしてください)	検査日
① 妊娠中、又はその可能性 <input type="checkbox"/> 確認済み(妊娠していない)	* 第1希望日 ()
② 読影希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	* 第2希望日 ()
※撮影画像の提供方法はCD-Rとなります。	* 都合の悪い日 ()
検査にあたっての臨床診断名・傷病名 ※必ず、ご記入ください。	
症状経過・検査結果など	