　　京都桂病院　地域医療福祉連携室行　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５－３９３－８１０１

**紹介患者様事前受付FAX用紙 兼 診療情報提供書（放射線検査依頼）**

**診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参していただきますようお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①紹介元医療機関名 | ③電話番号 |
| ④ＦＡＸ番号 |
| ②御担当医師名  先生 | ⑤送信者御氏名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名 |  | 既往歴 |  |
| 紹介  目的  （経過等） | 別紙参照 | | |

●希望日

|  |
| --- |
| ・第一希望　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　・ 第三希望　　　　　月　　　　日（　　　　）  ・第二希望　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　 特になし |

　 ●放射線検査依頼　該当の項目にチェックおよびご記入をお願いします。

ＭＲＩ　撮影部位（　　　　　　　　　　　） [ 単純・造影 ]

**＊造影剤　要の場合**

血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ　　　　　　mg/dl

測定日　　　　/　　　/

※直近3ヶ月以内の腎機能データ。

※予約時に検査されていない場合は

可能な限り当日までにご準備ください。

　　　　　・心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　［ 有・無 ］

　　　　 ・体内金属　 [ 有・無 ] 有の場合は挿入部位・製品名を記入下さい。

[ 　　]

ＣＴ　　撮影部位（　　　　　　　　　　　）[ 単純・造影 ]

　　　　　・造影剤（要）の場合　ビグアナイド系糖尿病薬　[ 有・無 ]

ＲＩ　　検査種別： 骨シンチ・脳血流シンチ・ＤＡＴ・その他（　　　　　 　　　　　　　　）

骨塩定量（ＤＸＡ法）　　　　　 （安静時・負荷時）

**※ MRI・CTの結果は原則お持ち帰りいただいておりますが、1時間程度要することをご了解ください。**

**RIは郵送、骨塩定量は直後のお渡し。**

●患者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 | |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 大・昭  平・令 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－ | | | |
| 当院受診歴 | 有（ＩＤ　　　　　　　　　　　　）・無 | | 貴院では | 外来通院中・入院中 |

京都桂病院　地域医療福祉連携室　ＴＥＬ：０７５－３９２－９９１５

受付時間：平日８：３０～２０：００（木曜日は１７：３０まで）

＊ＦＡＸ受信後、折り返し「受診日のお知らせ」と「検査注意事項」をＦＡＸ送信させていただきます（2023.9改訂）