FAX: 075-393-8101

申込日: 年 月 日

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			
②御担当医師名		④FAX番号			
先生		⑤送信者御氏名			
Г					
病名		既往歴			
	別紙参照				
紹介					
目的					
経験					
~ ~ += -					
●希望日		<i>⁄</i> -⁄	- × +=		
・第一希:		• 第三		月 日	()
・第二希望月 日() 特になし					
●放射線検査依頼 <u>該当の項目にチェックおよびご記入をお願いします。</u>					
■ MRI 撮影部位 () [□単純・□造影] *造器			* 造影剤 要の均	場合	
1			1	血清クレアチニンmg/dl	
- 1	心臓ペースメーカー [有・□無]			血清クレアチニン	mg/dl
	心臓ペースメーカー	合は挿入部位・製	品名を記入下さい。	血清クレアチニン <u> </u> <u>測定日 /</u>	mg/dl /
	体内金属 [□有・□無] _{有の場}		_]	測定日 / ※直近3ヶ月以内の腎	
c	体内金属 [)[□単純	〕 造影]→	測定日 / ※直近3ヶ月以内の腎 ※予約時に検査されて	
c	体内金属 [)[□単純 ā尿病薬 [□	・□造影] <i>→</i>]有・□無]	測定日 / ※直近3ヶ月以内の覧 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで	/ /
□c: □c: □R	体内金属 [)[□単純 原病薬 [□ シンチ・□ D /	・□造影] <i>→</i>]有・□無]	測定日 / ※直近3ヶ月以内の覧 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで	/ /
□c: □c: □R	体内金属 [)[□単純 原病薬 [□ シンチ・□ D /	・□造影] <i>→</i>]有・□無]	測定日 / ※直近3ヶ月以内の覧 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで	/ /
□C· ·: □R □骨t	体内金属 [)[□ 単純 『尿病薬 [□ ジンチ・□ D / _{【負荷時)}	〕 ・□造影] →]有・□無] A T・□その他(測定日 ※直近3ヶ月以内の看 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まて	/ /
□ C ···································	体内金属 [)[□ 単純 『尿病薬 [□ ジンチ・□ D / _{【負荷時)}	〕 ・□造影] →]有・□無] A T・□その他(測定日 ※直近3ヶ月以内の看 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まて	/ /
□ C ···································	体内金属 [)[□ 単純 『尿病薬 [□ ジンチ・□ D / _{【負荷時)}	〕 ・□造影] →]有・□無] A T・□その他(測定日 ※直近3ヶ月以内の看 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まて	/ /
□ C ···································	体内金属 [)[□ 単純 『尿病薬 [□ ジンチ・□ D / _{【負荷時)}	〕 ・□造影] →]有・□無] A T・□その他(測定日 ※直近3ヶ月以内の看 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まて	/
□ C · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	体内金属 [)[□単純 語尿病薬 [□ ジンチ・□ D / ^{負荷時)} りますが、1 時間 性 別	〕 ・□造影] →]有・□無] A T・□その他(測定日 ※直近3ヶ月以内の『 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで が 生 年 月 日	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
□ C · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	体内金属 [)[□ 単純 原尿病薬 [□ ジンチ・□ D / ^{負荷時)} りますが、1 時間	〕 ・ □ 造影 〕 有・ □ 無 〕 A T・□ その他 ©	測定日 ※直近3ヶ月以内の『 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで が 生 年 月 日	/
□ C · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	体内金属 [)[□単純 語尿病薬 [□ ジンチ・□ D / ^{負荷時)} りますが、1 時間 性 別	」 ・ □ 造影] →]有・ □ 無] A T・□ その他 () B程度要することを 大・昭	測定日 ※直近3ヶ月以内の『 ※予約時に検査されて 可能な限り当日まで が 生 年 月 日	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
C R 日 WR RI ● 患者情 フリガニ 患者氏名	体内金属 [)[□単純 語尿病薬 [□ ジンチ・□ D / ^{負荷時)} りますが、1 時間 性 別	・ □造影] → □造影] → □ 有・□無] A T・□ その他 © REB を することを	測定日 ※直近3ヶ月以内の腎※予約時に検査されて可能な限り当日まで 生 年 月 年 年	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /

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)