

送付先：078-926-5410

兵庫県立がんセンター 地域医療連携室 宛

CT, MRI, RI 検査依頼用 FAX

送信日： 年 月 日

貴施設名		診療科	
貴施設住所	〒 -		
電話番号	FAX	医師名	

□ご紹介患者情報

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		体重	Kg	
患者住所	〒 -		電話番号	自宅		
				携帯		
病名						
希望 検査名	CT	部位	・頭部・頸部・胸部 ・上腹部・上下腹部 ・下腹部 ・その他 ()	MRI	部位	・頭部 (MRI・MRA) ・頭頸部 (口腔・上中下咽頭・喉頭) ・胸部 (乳腺・縦隔) ・上腹部 (肝・胆・膵・腎) ・骨盤 (子宮・卵巣・前立腺・直腸) ・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) ・四肢 ()・その他 ()
		種類	・単純のみ・造影のみ ・単純+造影・ダイナミック		種類	・単純 ・単純+造影・ダイナミック
	アイトーブ検査	骨シンチ・その他 () シンチ				

紹介、検査目的・既往歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・検査に対するご希望等
こちらに書ききれない場合は、別途診療情報提供書の FAX をお願いします。

検査前確認事項

ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は、すべての検査 (CT、MR、アイトーブ検査) が不可です。
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は、手帳のコピーを依頼票と共に FAX してください。 また、検査当日に手帳を必ずご持参ください。
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合はお問い合わせ下さい。
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()	
腎機能	Cr _____ mg/dL eGFR _____ mL/min/1.73 m ²	測定日 ()
造影剤・ヨードアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	具体的 ()
気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は、造影剤使用ができない事もあります。
甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は検査中止の可能性があります。
妊娠・授乳の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(妊娠・授乳)

※MRI 検査は、心臓ペースメーカー (MRI 対応機種も含む)、人工内耳、神経刺激装置のある方は**検査不可**です。
その他インプラントの材質によっては、検査できない場合もありますのでお問い合わせ下さい。

- CD は当日患者さんにお渡しいたします (返却不要)。
- 読影レポートは後日 (2、3 日後) 郵送いたします。

お問い合わせ先：兵庫県立がんセンター 地域医療連携室
TEL：078-929-1155 (直通) FAX：078-926-5410