独立行政法人 国立病院機構

大阪医療センター 放射線診断科 診療情報提供書

【Fax:06-6946-3517】 **FAX用**

地域医療連携室 宛

☆受診当日には本状をご持参いただきますようお願いいたします。

受診者情報	フリガナ:		今までに大阪医療センターを 受診したことがありますか	
	氏 名:	性別: 男 • 女	□あります	
			(ID:)
	生年月日: M·T·S·H·R	年 月 日生 (歳)	口ありません	
			口不明	
	予約日当日にご連絡の取れる電話番号: 			
検査	* CTまたはMRIを依頼の場合は、単純か造影を選択してください。(CT、MRI、RIの同日検査はできません)			
	CT: 口単純 口造影	MRI: □単純 □造影	RI	X線撮影 他
	□ 頭部	□ 全脳 □ 全脳+MRA	□ 骨シンチ	□胸部
	□ 胸部	□ 頸椎 □ 腰椎		口骨塩定量
	□ 上腹部	□ 子宮卵巣 □ 膀胱・前立腺		□腰椎
	□ 全腹部	☐ MRCP		□ 腰椎+股関節
피	*受診者に、以下の項目の問診を取ってください。			
受診者情報	(該当刻目がある場合は検査を受けられないことがありますので、お問い合わせください。)			
】 情		.込み型除細動器)など体内植込型人		口無 口あり
胡		異物(避妊リングなど)、体内インプラ		□ 無□ あり□ あり
	り (+トルサイのプ、) +ター木 �� ノー カエ゙カE	ロース セ ノ コージルナ / 作工 / こ カコ カニ 1 / 1年 1 / 1		11 44 11450
2	3. (女性のみ)検査時に妊娠	中である可能性(特に妊娠14週以内	,	L / L 057
2	*喘息既往や造影剤アレルギー	-がある方の造影検査は"禁忌"です	0	
2 の み 記	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要	です。	
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」	-がある方の造影検査は"禁忌"です	です。	
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要	です。	
2 の み 記	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内のI ① eGFR値: ml/min	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/o</u>	。 です。 <u>出 採血日:</u> 年	
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	- がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/o</u> 20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	5 月 日
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	5 月 日
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	5 月 日
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	5 月 日
2 造影検査時 検査 診療情	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	5 月 日
2	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	月 旦
2 造影検査時 検査 診療情	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の ① <u>eGFR値: ml/min</u> 検査希望日: 第1希望 第2希望	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 <u>出 採血日: 年</u>) 午前) 午前	月 旦
2 造影検査時 検査 診療情	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症料	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②)が必要 ② <u>クレアチニン値: mg/c</u> 20 年 月 日(20 年 月 日(。 です。 d 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。
2 造影検査時 検査 診療情報	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症料	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要 ② クレアチニン値: mg/c 20 年 月 日(20 年 月 日(大経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド	。 です。 d 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。
2 造影検査時 検査 診療情報 紹	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症状 * 造影CT検査を受けられる場	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要 ② クレアチニン値: mg/c 20 年 月 日(20 年 月 日(大経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド	。 です。 d 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。
2 造影検査時 検査 診療情報 紹	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症料 * 造影CT検査を受けられる場 医療機関名:	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要 ② クレアチニン値: mg/c 20 年 月 日(20 年 月 日(大経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド	。 です。 d 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。
2 造影検査時 検査 診療情報 紹	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症料 * 造影CT検査を受けられる場 医療機関名: 郵便番号 :	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要 ② クレアチニン値: mg/c 20 年 月 日(20 年 月 日(大経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド	。 です。 d 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。
2 造影検査時 検査 診療情報	* 喘息既往や造影剤アレルギー * 造影検査には、3ヶ月以内の」 ① eGFR値: ml/min 検査希望日: 第1希望 第2希望 ①主病名、②紹介目的、③症料 * 造影CT検査を受けられる場 医療機関名: 郵便番号 : 住所 :	-がある方の造影検査は"禁忌"です 血液データ(① または ②) が必要 ② クレアチニン値: mg/c 20 年 月 日(20 年 月 日(大経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド	。 です。 dl 採血日: 年) 午前) 午前 系糖尿病薬の処方 等	月 日 等ご記入ください。

電話(直通):06-6946-3516 Fax(直通):06-6946-3517