2025年7月改訂版

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： 氏 名：　　　　性別：男 ・ 女 生年月日：M･T･S･H　　年　月　日生（　　歳） 予約日当日にご連絡の取れる電話番号：	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 ☐あります （ID：　　　　） （診療科名：　　　　） ☐ありません ☐不明

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：☐単純　☐造影	MRI：☐単純　☐造影	RI	X線撮影 他
	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部 ☐（　　　　）	☐ 全脳　☐ 全脳＋MRA ☐ 頸椎　☐ 腰椎 ☐ 子宮卵巣　☐ 膀胱･前立腺 ☐ MRCP ☐（　　　　）	☐ 骨シンチ	☐胸部X線撮影 ☐骨塩定量 （腰椎+股関節）

受診者情報2

＊受診者に、以下の項目の問診を取ってください。（下記項目に該当するは場合はお問い合わせください。）

1. ペースメーカー(PM)、ICD（植え込み型除細動器）など体内植込型人工医療機器）	☐ 無	☐ あり
→「あり」の場合、当院で挿入されたものですか？	☐ はい	☐ いいえ
「条件付きMRI対応手帳･カード」の両方をお持ちでしょうか。	☐ ある	☐ ない
※当院でPM、ICD挿入、もしくは循環器内科に受診歴がある場合、PM外来受診後にMRI検査を予約実施します。		
2. 体内金属（ステントなど）、異物（避妊リングなど）、体内インプラント（人工関節など）	☐ 無	☐ あり
3.（女性のみ） 妊娠中、またはその可能性（特に妊娠14週以内）	☐ 無	☐ あり
4. インスリンポンプ（リプレセンサー式）	☐ 無	☐ あり

※「あり」にチェックされた方はセンサー部分を外さないと検査できません。

造影検査時のみ記入

＊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。
＊造影検査には、3ヶ月以内の血液データ（ ① または ② ）が必要です。

① eGFR値：　　ml/min　② クレアチニン値：　　mg/dl　採血日：　年　月　日

検査希望日

検査希望日：　第1希望　20　年　月　日（　）午前
　　　　　　　第2希望　20　年　月　日（　）午前

診療情報

①主病名、②紹介目的、③症状経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド系糖尿病薬の処方　等ご記入ください。

＊造影CT検査を受けられる場合はビグアナイド系糖尿病薬の服用の有無をお知らせください。

紹介元医療機関

医療機関名：
郵便番号　：
住所　　　：
電話番号　：
ＦＡＸ番号：　　　　　　医師名：

※PM外来とMRI検査は同日には行えません。**MRI検査は後日**となります。

※不整脈デバイス（PM等）装着患者様は、**手帳･カードがない場合、PM外来･MRI検査ともに実施できません。**

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター地域医療連携室　電話（直通）：06-6946-3516　Fax（直通）：06-6946-3517