

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	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 <input type="checkbox"/> あります (ID: _____) <input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> 不明		
	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: _____				
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: <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	MRI: <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	RI	X線撮影 他
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 全脳+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 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場合はお問い合わせください。)			
	1. ペースメーカー、ICD(植え込み型除細動器)など体内植込型人工医療機器) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり ※ ペースメーカーおよびICD(植え込み型除細動器)を埋め込まれた方はMRI検査はできません。 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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり 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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり 4. インスリンポンプ(リプレセンサー式) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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: _____			

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