

浜松労災病院 放射線科検査申込用紙 FAX:053-411-0315

記入日 年 月 日

お問い合わせ先

〒430-8525 浜松市中央区将監町25
 浜松労災病院(地域連携室)
 月～金曜日(祝日を除く)8:15～18:00

☎ 053-411-0366

紹介元医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 紹介医師名

<患者情報> ※太枠内は必ずご記入ください。

被保険者証記号・番号		公費負担番号	
保険者番号		公費負担医療の受給番号	
被保険者との続柄		該当する場合は記入してください	
本人・家族		負担割 割	
フリガナ	男・大・昭・平・令 年 月 日生 歳		
氏名	男・女	職業	
住所	☎ ()		
紹介目的			
検査予約日	月 日	午前・午後	

CT、MRI検査の造影希望はeGFR値(もしくはクレアチニン値)が必須となります。3か月内目途の最新の値を必ずご記入ください。尚、eGFR値が30未満の場合は造影検査は行いませんのでご了承ください。

eGFR値＝	(クレアチニン値{CRE}＝	mg/dl)	測定年月日	年 月 日
--------	----------------	--------	-------	-------

・CT検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頸部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨盤・骨盤腔CT <input type="checkbox"/> その他
・RI検査 <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> レノグラム(MAG3・DTPA) <input type="checkbox"/> 脳線条体(ダットスキャン) <input type="checkbox"/> 脳血流(IMP・ECD) <input type="checkbox"/> アシアロシンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺摂取率(^{99m} TcO ₄ ⁻) <input type="checkbox"/> 副甲状腺(^{99m} Tc-MIBI) <input type="checkbox"/> ¹²³ I-MIBGシンチ(心臓・副腎髄質)
・骨密度検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定(腰椎および大腿骨頭)
・MRI検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影あり ※右記必須※ (体内金属留置 有・無) (ペースメーカー・ICD 有・無) <input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA・VSRAD・下垂体 <input type="checkbox"/> 椎体MRI(頸椎・頸胸・胸椎・胸腰・腰椎) <input type="checkbox"/> 体幹部MRI(頸部・胸部・乳房・腹部・骨盤部・MRCP) <input type="checkbox"/> 関節MRI(右・左)(股関節・膝・肩・その他四肢: _____)

シエーマ等自由記載欄

※MR検査の予約は人工関節等の体内金属留置の有無のチェック、左右の別をお願いいたします。

【 心臓人工弁、頭蓋内クリップ、V-Pシャント(マグネット式)、人工内耳、人工中耳、可動性義眼、避妊リング、骨折固定金属、人工関節、乳房皮膚拡張器(エキスパンダー)、体内に金属がある方 】

※必要がある場合は、画像診断のフィルム又はCD-ROM、検査結果記録を添付してください。

※当書式と患者紹介状をご用意ください。