

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													
被保険者との続柄		本人・家族	負担割	割	公費負担医療の受給番号								
		該当する場合は記入してください											
フリガナ													
氏名	男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳												
	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		☐ 単純	☐ 造影あり
☐ 頭部CT ☐ 頸部CT ☐ 胸部CT ☐ 心臓CT(造影) ☐ 腹部CT(上腹部・全腹部・骨盤部) ☐ その他			
・RI検査		☐ 骨シンチ	☐ レノグラム(MAG3・DTPA) ☐ 脳線条体(ダツトスキャン) ☐ 脳血流(IMP・ECD) ☐ アシアロシンチ
☐ 甲状腺摂取率(^{99m} TcO ₄ ⁻) ☐ 副甲状腺(^{99m} Tc-MIBI) ☐ ¹²³ I-MIBGシンチ(心臓・副腎髄質)			
・骨密度検査		☐ 骨密度測定(腰椎と大腿骨頸部(利き足でない側))	
・マンモグラフィ		☐ 標準撮影(CC・MLO) ☐ 追加撮影(術後側撮影の有無等、特記事項を別欄にご記入ください)	
・MRI検査		☐ 単純 ☐ 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)	
☐ 頭部MRI・MRA・VSRAD・下垂体 ☐ 椎体MRI(頸椎・頸胸・胸椎・胸腰・腰椎)			
☐ 体幹部MRI(頸部・胸部・乳房・腹部・骨盤部・MRCP)			
☐ 関節MRI(右・左)(股関節・膝・肩・その他四肢:)			
< 以下特記事項があればご記入ください >			

シェーマ等自由記載欄

※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。