

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	
フリガナ		男・大・昭・平・令 年 月 日生 歳	
氏名		職業	
住所		☎ ()	
紹介目的			
検査予約希望日 第1希望 月 日 午前・午後		医師、検査内容により希望に添えない場合がありますがご了承ください。	
第2希望 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(負荷無) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> ¹²³ I-MIBGシンチ(心臓・副腎髓質) <input type="checkbox"/> 甲状腺摂取率(^{99m} TcO ₄ ⁻) <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ(^{99m} Tc-MIBI) <input type="checkbox"/> IMP脳血流シンチ <input type="checkbox"/> ECD脳血流シンチ	
・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 (体内金属留置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※必ずチェックをお願いします。 (心臓ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI・A <input type="checkbox"/> 頭部MRI・A(VSRAD:対象50歳以上) <input type="checkbox"/> 下垂体MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 胸部MRI <input type="checkbox"/> 乳房MRI <input type="checkbox"/> 腹部MRI <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎MRI <input type="checkbox"/> 胸椎MRI <input type="checkbox"/> 腰椎MRI <input type="checkbox"/> 骨盤・骨盤腔MRI <input type="checkbox"/> 肩MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 肘MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 手関節MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 手部MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 膝MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 足関節MRI(右・左) <input type="checkbox"/> 足部MRI(右・左) <input type="checkbox"/> その他()	

※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。