

《検査予約依頼票》

祥和会 脳神経センター大田記念病院
 地域医療連携室 行
 TEL: 084-975-3900
 FAX: 084-928-2769
 受付時間 平日 8:30~17:30
 土曜 8:30~12:30

＜ご依頼元医療機関＞

ご施設名			
ご担当医師名 (診療科)			
TEL:		FAX:	

■患者基本情報

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 -				
	自宅番号()	-	携帯番号()	-	
当院受診歴	有 ・ 無	現在貴院へ	外来通院中 ・ 入院中	旧姓()	

■検査依頼(※検査のみ当院で施行し検査結果・読影所見をお返します。貴院にて結果説明をお願いします。)

診断名					撮影目的					
希望日	第1希望	月	日	第2希望	月	日	その他	()		
※造影CT・MRI検査は午後からの検査です。										
妊娠の可能性	喘息	造影剤アレルギー	糖尿病	血清クレアチニン値						
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	[]mg/dl						
●体内金属	有 ・ 無 (MRI対応 可 ・ 否)		※手術年:		年					
●心臓ペースメーカー	有 ・ 無 (MRI対応 可 ・ 否)		部位:							
CT	<撮影種別>		<撮影部位>							
	単純 ・ 造影	頭部 内耳 副鼻腔 頸部 胸部 肝胆膵腎 骨盤 その他()								
MRI	<撮影種別>		<撮影部位>							
	単純 ・ 造影	頭部 頸部 頸椎 胸椎 腰椎 MRCP 腹部() 骨盤腔 (子宮 ・ 卵巣 ・ 前立腺) MRA (頭部 ・ 頸部) その他()								
核医学	<撮影種別>									
	脳血流SPECT定量(負荷なし)			腫瘍炎症シンチ(67-Ga)			骨シンチ			
脳血流SPECT非定量(認知症等)			腎動態シンチ(レノグラム)							
脳神経受容体シンチ(123-I-IMZ)			心筋交感神経シンチ							
ダットスキャン			その他()							
骨密度	<撮影部位>		*人工骨頭 (無 ・ 右 ・ 左)							
	腰椎正面+両大腿骨		*前回同検査より4ヶ月以上経過 (している ・ していない)							
・ 妊娠の可能性のある方や、検査の10日以内にバリウムを使用した消化管検査、5日以内に造影剤を使用した検査をした場合は検査不可となります。必ずお申し出ください。										
●画像の出力 CD-R ・ フィルム ・ 他					●読影レポート 当日FAX ・ 翌日FAX ・ 郵送					
地域連携ネットワークサービス					□HMネット登録希望					