

国立病院機構滋賀病院 放射線画像診断・治療

内視鏡検査依頼申込書(F A X 送信票)

地域医療連携室担当者宛(F A X 0748 22 5626・TEL0748-22-3358)

内視鏡検査
放射線検査
放射線治療

貴院名
住所
T E L
F A X
診療科
御担当医

【患者様事項】

フリガナ		性別
患者様氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者様連絡用 (- -)
住所	(〒 -)	

検査希望日	無・有 第1希望 月 日() / 第2希望 月 日()
-------	-------------------------------

【安全に検査を行うためにご記入下さい】

女性患者様	妊娠なし	妊娠中でも検査必要	可能性あり	不明
-------	------	-----------	-------	----

造影剤使用検査	*アレルギー 有()・無	*喘息 有()・無
---------	---------------	------------

依頼検査項目	内視鏡	上部消化管	下部内視鏡
	MRI	検査依頼部位をいずれか一箇所に で囲む、あるいはチェック下さい	
CT 単純 造影	頭 部	脳・下垂体・副鼻腔・脳M R A・その他()	
	頸 部	頸部・頸部M R A・その他()	
	胸 部	胸部・その他()	
	腹 部	肝胆膵・M R C P・その他()	
	脊 椎	頸椎・胸椎・腰椎・その他()	
	骨 盤	子宮卵巣・膀胱前立腺・股関節・その他()	
	上 肢	右 左 上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他()	
	下 肢	右 左 大腿・膝関節・下腿・足関節・足・その他()	
R I(核医学)	骨シンチ・ガリウムシンチ・負荷心筋シンチ(Tetrofosmin) ・安静心筋シンチ(BMIPP)・脳血流シンチ ・その他()		
一般撮影	乳房撮影・胸部撮影・その他()		
放射線治療	部位 ()		

連絡事項等	<p>* MRI 予約には、ペースメーカー装着 検査不可) 人工心臓弁、人工骨頭等の安全確認及び入れ墨部位での本人了解をお願いいたします。</p> <p>* 造影剤使用のC T・M R I 予約依頼時は、アレルギー・喘息等の有無の確認をお願いいたします。</p>
-------	---