



診療情報提供書

(送付先 FAX 番号 06-6416-8016)

年 月 日

関西労災病院 (IDカード) (有 ・ 無)

郵便番号 _____

ID番号 _____

所在地 _____

医療機関名 _____

紹介先医療機関名

TEL (_____) _____

関西労災病院

FAX (_____) _____

放射線科

受診希望日 年 月 日

医師氏名 _____

フリガナ			明・大・昭・平		
患者氏名	〒 _____	生年 月日	年 月 日 (歳)	性別	
住 所	TEL(_____) _____				
検査依頼項目 項目を○で 囲んで下さい	<p>◇ CT (単純 ・ 造影) 頭部 頸部 胸部 (肺 ・ 縦隔) 腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎) 脊椎 骨盤部 上肢・下肢 冠動脈 大動脈 (胸 ・ 腹)</p> <p>◇ SPECT 検査 (シンチ) 負荷心筋血流 (薬剤 ・ 運動) 安静時心筋血流 ガリウム¹⁾ 骨 肺血流²⁾ レノグラム²⁾ 脳血流²⁾ 甲状腺²⁾ 副腎皮質 (アドステロール) ²⁾ 副腎髄質 (MIBG) ²⁾</p> <p>1) アイソトープ注射と撮影 (月一木、金一月) のために2回来院していただきます。</p> <p>2) 検査の説明又は前処置が必要なので、事前にご本人が来院のうえ、ご予約を取っていただきます。</p> <p>◇ MRI (単純・造影) 頭部 胸部 脊椎 腹部 (部位 _____) 整形外科 (部位 _____) 骨盤部</p> <p>◇ 透 視 上・下咽頭 食道 胃 小腸 注腸</p>				
病名 (主訴)					
病状経過 治療経過 検査結果 既往暦 (家族歴)					
現在の処方					
その他 特記事項	<p>・ブスコパンの使用について 可 ・ 不可 ※心筋梗塞等の心疾患、前立腺肥大症、緑内障の患者様はグルカゴンを使用します。</p> <p>・(MRI、CTをご依頼の場合) ペースメーカーまたは埋込型除細動器の有無 有 ・ 無 埋込型除細動器の有無 有 ・ 無</p> <p>・(造影CTをご依頼の場合) ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用 有 ・ 無 ※服用されている場合は検査前後2日間の休薬をご指示ください。</p> <p>・(造影CT、造影MRI、尿路造影をご依頼の場合) 血液検査の結果の数値をご記入いただくか、当日、関西労災病院での採血を希望されるか いづれかを選択してください。(希望される場合は□にレしてください。)</p> <p style="margin-left: 20px;">現在、透析の有無 有 ・ 無 血清クレアチニン値 _____ mg/dl eGFR _____</p> <p style="margin-left: 20px;">□当日に関西労災病院での採血を希望 (検査当日、2時間前の来院が必要です。)</p> <p style="margin-left: 20px;">造影できない場合、単純撮影でも可 (可 ・ 不可)</p> <p>※ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤を使用する場合、事前に腎機能チェックが必要になります。</p> <p>・薬剤アレルギー (無 ・ 有 ・ ・ ・)</p> <p>・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ、投薬を中止できるか (可 ・ 不可 / 中止できる日数 _____ 日程度)</p>				
持参資料	(無 ・ 有 ・ ・ ・ X線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査記録 ・)				