

独立行政法人
国立病院機構

大阪医療センター 放射線診断科 診療情報提供書

【Fax:06-6946-3517】 FAX用

地域医療連携室 宛

☆受診当日には本状をご持参いただきますようお願いいたします。

受診者情報	フリガナ:		今までに大阪医療センターを受診したことがありますか	
	氏名:	性別: 男・女	☐ あります (ID:) (診療科名:) ☐ ありません ☐ 不明	
生年月日: M・T・S・H 年 月 日生 (歳)		予約日当日にご連絡の取れる電話番号:		
検査	* CTまたはMRIを依頼の場合は、単純か造影を選択してください。(CT、MRI、RIの同日検査はできません)			
	CT: ☐ 単純 ☐ 造影	MRI: ☐ 単純 ☐ 造影	RI	X線撮影 他
受診者情報2	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部 ☐ ()			
	☐ 全脳 ☐ 全脳+MRA ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 子宮卵巣 ☐ 膀胱・前立腺 ☐ MRCP ☐ ()			
造影検査のみ記入時	☐ 骨シンチ ☐ 胸部X線撮影 ☐ 骨塩定量 (腰椎+股関節)			
	* 受診者に、以下の項目の問診を取ってください。(下記項目に該当する場合はお問い合わせください。) 1. ペースメーカー(PM)、ICD(植込み型除細動器)など体内植込み型人工医療機器) ☐ 無 ☐ あり → 「あり」の場合、当院で植込みを受けられましたか? ☐ はい ☐ いいえ <PM、ICDが植え込まれている方> 当院の循環器内科がかかりつけの方(定期的に通院)でしょうか? ☐ はい ☐ いいえ 「条件付きMRI対応手帳・カード」の両方をお持ちでしょうか? ☐ ある ☐ ない ※当院でPM、ICDの植込みを受けた方、もしくは循環器内科がかかりつけの方(定期的に通院)の場合、PM外来受診後にMRI検査を予約実施します。 2. 体内金属(ステントなど)、異物(避妊リングなど)、体内インプラント(人工関節など) ☐ 無 ☐ あり 3. (女性のみ) 妊娠中、またはその可能性(特に妊娠14週以内) ☐ 無 ☐ あり 4. インスリンポンプ(リプレセンサー式) ☐ 無 ☐ あり ※「あり」にチェックされた方はセンサー部分を外さないと検査できません。			
希望日	* 喘息既往や造影剤アレルギーがある方の造影検査は"禁忌"です。			
	* 造影検査には、3ヶ月以内の血液データ(①または②)が必要です。			
診療情報	① eGFR値: ml/min ② クレアチニン値: mg/dl 採血日: 年 月 日			
	検査希望日: 第1希望 20 年 月 日() 午前 第2希望 20 年 月 日() 午前			
紹介元医療機関	①主病名、②紹介目的、③症状経過等、④既往歴、⑤ビグアナイド系糖尿病薬の処方 等ご記入ください。			
	* 造影CT検査を受けられる場合はビグアナイド系糖尿病薬の服用の有無をお知らせください。			
医療機関名: _____ 郵便番号: _____ 住所: _____ 電話番号: _____ FAX番号: _____ 医師名: _____				

※PM外来とMRI検査は同日には行えません。MRI検査は後日となります。

※不整脈デバイス(PM等)装着患者様は、手帳・カードがない場合、PM外来・MRI検査ともに実施できません。

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター地域医療連携室 電話(直通):06-6946-3516 Fax(直通):06-6946-3517