

放射線科検査（CT・MRI・マンモグラフィ・RI・骨密度）

申込用紙兼紹介状（診療情報提供書）

紹介先医療機関名

年 月 日

社会福祉法人 済生会支部
福岡県済生会八幡総合病院
[福岡県北九州市八幡西区大字則松275番地]

医療機関名

所在地

TEL・FAX

医師名

印

FAX 0120-059-271

TEL 0120-059-270（直通）

フリガナ		性別	TEL	()
患者氏名 生年月日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳	男・女	住 所	〒

済生会八幡総合病院受診歴 ☐有 ☐無 済生会八幡総合病院 ID ()

【傷病名・主症状・検査目的・指示等ならびに検査前チェックをご記入下さい】

検査前チェックおねがいします。

①体内金属（ペースメーカー・人工内耳・リブレ等）☐あり☐なし ②妊娠の可能性☐あり☐なし

検査予約日	年 月 日 ()	予約時間	☐ 午前・ ☐ 午後 時 分 検査開始 30 分前にご来院ください。
-------	-----------	------	---

放射線科検査【必要な検査の項目と検査部位（1ヶ所）を、それぞれご指定ください】

☐ CT	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 胸+腹 ☐ 腹部 ☐ 脊椎（頸 胸 腰 仙尾骨） ☐ その他（ ）	造影希望 ※CT・MRIの方は必ずご記入ください ☐ なし（単純） ☐ あり（当日の問診で中止となる場合があります。） 造影ありの場合にご記入ください。 喘息 : ☐ なし ☐ あり ヨードアレルギー : ☐ なし ☐ あり Cre 値 : () mg/dl 採血日 年 月 日 ピグアナイド系糖尿病薬の使用 : ☐ なし ☐ あり ☐ 採血希望（3 割負担の方で検査代別途 700 円程度） 採血結果に 1 時間ほど要しますこと。ご了承ください。
☐ MRI	☐ 頭部 ☐ 脊椎（頸 胸 腰 仙尾骨） ☐ 上腹部（MRCP・肝・胆・膵・腎副腎） ☐ 骨盤部 ☐ 子宮卵巣 ☐ 前立腺 ☐ 右 ☐ 左 ・その他（ ） 膝 ・ 股 ・ 肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 足 ☐ 認知症検査（頭部ルーチン+VSRAD）	
☐ RI	☐ 骨シンチ ☐ 脳血流IMP ☐ DAT シンチ ☐ その他（ ）	

☐ マンモグラフィ ☐ 2 方向撮影 ※ 胸にインプラント・ペースメーカー等がある方は、検査不可です。☐ 骨密度 DEXA 法 ☐ 腰椎十両股関節 結果報告書は紙ベースです 紹介用画像データ DVD・☐希望 ☐なし

【検査画像ならびに画像診断報告書の受け渡しについて】

☐ 後日郵送 ☐ 画像のみ本人渡し（結果は、FAX と郵送） ☐ 検査当日本人渡し（お待たせすることご了承ください。）

※ お電話で検査予定日時が決まりましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日に患者様ご本人に持参させて下さい。