



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「診察券(IDカード)有□・無□」
番号: _____

郵便番号 _____
所在地 _____

紹介先医療機関名
関西労災病院

医療機関名 _____
TEL () _____

放射線科

FAX () _____
医師氏名 _____

受診希望日 年 月 日

フリガナ	生年 明・大・昭・平・令			性別
患者氏名	月日 年 月 日	(歳)		
住 所	〒 _____ TEL () _____			
保険種別	社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/>			
検査依頼項目	◇ CT(単純) 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (肺 <input type="checkbox"/> ・ 縦隔 <input type="checkbox"/>) 腹部 (肝 <input type="checkbox"/> ・ 胆 <input type="checkbox"/> ・ 膵 <input type="checkbox"/> ・ 腎 <input type="checkbox"/> ・ 副腎 <input type="checkbox"/>) 脊椎 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 (胸 <input type="checkbox"/> ・ 腹 <input type="checkbox"/>) ◇ CT(造影) 冠動脈 <input type="checkbox"/> ◇ SPECT検査(シンチ) 負荷心筋血流 (薬剤 <input type="checkbox"/> ・ 運動 <input type="checkbox"/>) 安静時心筋血流 <input type="checkbox"/> ガリウム ¹⁾ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肺血流 ²⁾ <input type="checkbox"/> レノグラム ²⁾ <input type="checkbox"/> 脳血流 ²⁾ <input type="checkbox"/> 甲状腺 ²⁾ <input type="checkbox"/> 副腎皮質(アドステロール) ²⁾ <input type="checkbox"/> 副腎髓質(MIBG) ²⁾ <input type="checkbox"/> ※口内にレシしてください。 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。 2)検査の説明又は前処置が必要なので、事前にご本人にご来院いただいた上で予約をとっていただきます。 ◇ MRI(単純) 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸 <input type="checkbox"/> ・ 胸 <input type="checkbox"/> ・ 腰 <input type="checkbox"/>) 腹部 (部位) 整形 (部位) 骨盤部 <input type="checkbox"/>			
病 名 (主 訴)				
病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 (家族歴)				
現在の処方				
患者に関する 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ プスコパンの使用について (可 ・ 不可 <input type="checkbox"/>) ※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。 ・ (MRI、CTをご依頼の場合) ペースメーカー埋込みの有無 (有 ・ 無 <input type="checkbox"/>) 埋込型除細動器埋込みの有無 (有 ・ 無 <input type="checkbox"/>) ・ (冠動脈CT造影をご依頼の場合) ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用 (有 ・ 無 <input type="checkbox"/>) ※服用されている場合は検査前2日間の休薬をご指示ください。 気管支喘息の既往の有無 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 有りの場合、単純撮影でも可能(可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> 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ずれかを選択してください。 現在、透析の有無 (有 ・ 無 <input type="checkbox"/>) 血清クレアチニン <input type="text"/> mg/dl eGFR <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 当日に関西労災病院での採血を希望 ※造影できない場合、単純撮影でも可 (可 <input type="checkbox"/> ・ 不可 <input type="checkbox"/>) *ヨード造影剤を使用する場合、事前に腎機能のチェックが必要になります。 ・ 薬剤アレルギー (無 ・ 有 … <input type="checkbox"/>) ・ 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 / <input type="checkbox"/> 中止できる日数 _____ 日程度) 			
持 参 資 料	(無□・有□ …… X線□・CT□ MRI□・内視鏡□・超音波□・心電図□・検査記録□)			