

診療情報提供書（画像診断検査依頼書）

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター
中央放射線部 担当医 様

紹介元医療機関
所在地
電話番号
診療科名
医師名

㊦

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名	様	男・女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住 所		連絡先	TEL - -
① 希望日 第 1 希望 月 日 第 2 希望 月 日 ☐ 最短日を希望 ☐ 希望なし			妊娠調査欄 ☐ 妊娠の可能性はない ☐ 妊娠中（ ヶ月） ☐ 妊娠の可能性がある
② 既往歴及び現病歴・現症			
③ 検査目的・希望連絡事項			
《注意事項》 ・ 検査はすべて予約制です。検査日時を予約しますので、この診療情報提供書（画像診断検査依頼書）に必要事項を記入のうえ、当センター地域医療連絡センター宛に F A X（06）6929-0886 送信をお願いします。 ・ 患者さんには、検査当日に必ずご持参いただく内容について、ご説明よろしく申し上げます。 ・ 患者さんの状態や病気の内容により当科担当医の判断で撮影を追加・省略したりする場合がありますのでご了承ください。 ● 検査当日に持参いただくもの ①診療情報提供書(画像診断検査依頼書)の原本 ②予約票(FAX 送信分) ③マイナンバーカード（お持ちでない場合は資格確認書）・各種医療証			

CT 検査項目（単純のみ） ※希望撮影部位に、チェックをお願いします。									
☐	頭 部	☐	側頭骨	☐	顔面骨（副鼻腔・眼窩・頬骨・上下顎）	☐	*背 椎		
☐	頸 部	☐	頸部～胸部	☐	頸～肝～腎	☐	頸～骨盤	☐	胸 部
☐	胸～肝～腎	☐	胸～骨盤	☐	肝～腎	☐	肝～骨盤	☐	骨盤、股関節
☐	*右上肢	☐	*左上肢	☐	*右下肢	☐	*左下肢	☐	*単純 3D
* 脊椎・上肢・下肢・3D の依頼は撮影範囲や目的部位を詳しく検査目的にご記入ください。									
検査前確認事項 ・ペースメーカー 有・無 ・植込み型除細動器 有・無 ※有の場合、手帳要									

骨塩定量（DEXA） ※希望撮影部位に、チェックをお願いします。									
☐	腰椎・左大腿骨頸部			☐	腰椎・右大腿骨頸部			☐	腰 椎
※身長（ cm）・体重（ kg）を記入してください。									
注意事項：胃腸検査のバリウムや造影剤等の X 線高吸収なものが体内に残っている場合は、適正な検査ができない場合があります。									

R I 検査（骨シンチ）※VSBONE 画像処理（ ☐ 必要 ・ ☐ 不要）									
※身長（ cm）・体重（ kg）を記入してください。									
注意事項：・RI 検査は他の検査と異なり、事前に検査目的に応じた RI 医薬品の注射が必要です。 ・ R I 検査（約 6,000 点）など高額な検査も含まれております。患者さんには検査内容と共に充分なご説明をお願いします。									