|  |  |
| --- | --- |
| **放射線科検査専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** |

　年　　　　月　　　　日

**松下記念病院　放射線科**

㊞

医療機関名

医師氏名

住所

WEB予約済　□

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年月日 | 　□大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | 　□平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査内容 １枚１検査で お願いします | * **CT**　　　　 　 造影： □無 ・ □有
* **MRI**　　　　　　造影： □無 ・ □有
 | 部位 |
| ※造影有の場合、直近の血液データ（Cr値）が必要となります。Cr値：（　　　　）測定日：（　　　　） |
| **★造影剤使用不可と判断した場合、単純撮影に変更する場合があります。****ご了承ください。** |
| * **一般撮影**□ **消化管撮影**□**乳房撮影**□ **骨塩定量**
* **RI検査（PET検査以外）**□ **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**
 |
| ① 傷病名② 紹介目的③ 既往歴家族歴④ 症状経過検査結果治療経過　　　　　　　 　　等⑤ 処方 |  |
| 添付資料 | * 検査結果　　　　　　　　　　□その他
* 画像診断フィルム
 |

**上記検査における必要性（正当化）を患者様に説明済みですので検査の実施をお願いします。**

|  |
| --- |
| 受診希望日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　　　　　　　希望 |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 |

備考：予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

**松下記念病院　患者支援連携センター**

**〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３**