

検査項目

- C T 検査 : 通常撮影、C T アンギオ、3 D C T 等特殊撮影検査
M R I 検査 : 通常撮影、M R アンギオ等特殊撮影検査
消化器造影 : 上部消化器透視撮影、注腸造影検査
核医学検査 : 核医学検査各種
骨密度測定 : 腰椎計測による骨塩量測定
その他 : ご相談下さい

- 複数検査のご依頼でも本以来用紙は1部で結構です。

検査予約

放射線科受付 電話 073-451-3181 (内線 1150)
F A X 073-480-4335
受付時間/平日 9:00~20:00

至急検査実施が必要な場合は、電話でその旨をお伝え下さい。

1. 放射線科受付にお電話の上、依頼用紙をFAXして下さい。
予定日を記載の上、FAXにて返送致します。恐れ入りますが、依頼用紙に予約日等をご記入の上、患者様にお渡し下さい。
なお、別添資料がありましたら同封をお願い致します。
2. 検査当日の待ち時間短縮のため、予めカルテを作成しておきますので、依頼用紙に保険証情報のご記入または保険証のコピーをFAXして下さい。

- 検査当日、患者様に持参していただくもの (お伝え下さい)

画像診断依頼用紙

(別添資料がありましたら同封願います)

保険証

及び **医療証**

- 検査についてのご質問等がありましたら、当院の放射線科医が電話でお答えします。
- 診断所見が至急必要な場合は、放射線科医が電話又はFAXで所見をお伝えします。
- 検査法など、要望事項があれば記載して下さい。

独立行政法人
労働者健康安全機構 **和歌山労災病院**
画像診断依頼用紙 院外用

診療情報提供書

該当する項目をチェックして下さい。

ご希望検査時間帯：

時間内検査 夜間検査

☆印、*印の検査は午後5時迄、無印は午後8時迄
夜間、MRI、RI、造影、*印は検査予約が必要です。

放射線科 主治医 殿		年 月 日	
脳 整 外 泌 婦 耳 内 消内 神内 小 ()		御依頼元医療機関 所在地及び名称 主治医 殿 電話番号 F A X 医師氏名	
フリガナ		男 女	住所
殿			電話 () -
生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生 歳 月	職業 所帯主 続柄
時間外の予約検査または休日の予約検査の場合のみ下記の保険情報欄に記入してください。(自費の場合は不要)			
本人・家族区分	1 本人	2 家族	-
保険者 番号		記号・番号	
保険証のコピーを当用紙と一緒にFAXして頂ければ、上記保険者番号・記号等は記載なしで結構です。			

検査日： 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃	予約受付者
-----------------------------------	-------

紹介目的(検査依頼) 注：造影検査は、午後5時以降は実施できませんのでご了承願います。		
C T 検査		M R I 検査(要予約)
<input type="checkbox"/> 単 純 C T S C A N <input checked="" type="checkbox"/> 造 影 C T S C A N <input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 眼 窩 <input type="checkbox"/> 内 耳 域 <input type="checkbox"/> 上 顎 部 <input type="checkbox"/> 耳 下 部 <input type="checkbox"/> 顎 下 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 縦 隔 部 <input type="checkbox"/> 胆 肝 系 臓 <input type="checkbox"/> 腎 臓 <input type="checkbox"/> 脾 臓 <input type="checkbox"/> 骨 盤 内 臓 器 <input type="checkbox"/> 頸 椎 () <input type="checkbox"/> 胸 椎 () <input type="checkbox"/> 腰 椎 () <input checked="" type="checkbox"/> そ の 他		<input type="checkbox"/> 単 純 M R I <input checked="" type="checkbox"/> 造 影 M R I <input type="checkbox"/> M R A <input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 眼 窩 <input type="checkbox"/> 内 耳 域 <input checked="" type="checkbox"/> 上 顎 部 <input checked="" type="checkbox"/> 耳 下 部 <input checked="" type="checkbox"/> 顎 下 部 <input checked="" type="checkbox"/> 頸 部 <input checked="" type="checkbox"/> 胸 部 <input checked="" type="checkbox"/> 縦 隔 部 <input type="checkbox"/> 胆 肝 系 臓 <input type="checkbox"/> 腎 臓 <input type="checkbox"/> 骨 盤 内 臓 器 <input checked="" type="checkbox"/> 上 肢 () <input checked="" type="checkbox"/> 下 肢 () <input type="checkbox"/> 頸 椎 () <input type="checkbox"/> 胸 椎 () <input type="checkbox"/> 腰 椎 () <input checked="" type="checkbox"/> 心 臓 <input checked="" type="checkbox"/> そ の 他
X 線 検査 他	核医学検査(要予約)	臨床診断、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方、既往歴及び家族歴等
撮影部位をお書き下さい。	検査部位等をお書き下さい。	
<input checked="" type="checkbox"/> 一般撮影 <input checked="" type="checkbox"/> X線TV <input checked="" type="checkbox"/> 骨密度測定		

備 考 1. 必要がある場合は別紙に記載して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録等を添付して下さい。
3. 来院時には必ず保険証及び医療証をお持ち下さい。