

該当検査項目にレ点をしてください

## 診療情報提供書 □ MRI □ CT検査依頼書

※ 主治医の先生へ

- ・太線枠内のすべてをご記入ください。
- ・**心臓MRIには対応しておりません。**
- ・**条件付きMRI対応ペースメーカーも当院では対応できません。**
- ・検査当日は**保険証、検査費用、予約書持参**で、**20分前**に来院して頂くようお願いください。
- ・事前測定が困難な場合、当日検査前に当院にてCr値の迅速検査を行う場合は、**1時間前**に来院して頂くようお願いください。
- ・労災保険、交通事故の場合はお電話の際お申し付けください。
- ・造影検査は、予約時に必ずお知らせください。
- ・腹部または骨盤部の患者様には、4時間前からの絶食のご指示をお願いします。
- ・18歳未満の方は、成人の方の付き添いが必要です。
- ・この用紙の**1枚目をFAX**していただき、**2・3枚目を患者様の予約書**としてお渡しください。

フリカナ					
患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	才
自宅電話番号		携帯番号		希望連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
紹介施設				希望連絡時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
御紹介医師名			医師連絡先	診療科	
検査予定日時	年	月	日	時	分
				検査予定部位	造影 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

検査内容	
造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 造影なし <input type="checkbox"/> 造影あり
3ヶ月以内のクレアチニン	mg/dℓ
e-GFR値	( )
身長	cm
体重	kg
事前測定が困難な場合、当日検査前に当院にてCr値の迅速検査を行います。	

画像結果	
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
画像DVD	<input type="checkbox"/> 患者様手渡し <input type="checkbox"/> 郵送
貴院での次回診察日	
月	日
	予定

臨床・診断名・現病歴

確認事項	
① 体内金属	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
禁忌	( <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 )
	( <input type="checkbox"/> 脳刺激装置 <input type="checkbox"/> 可動型義眼 )
	( <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 血管ステント )
要確認	( <input type="checkbox"/> 人工関節・スクリュー・プレート )
	( <input type="checkbox"/> アートメイク・刺青・タトゥー )
	( <input type="checkbox"/> カラーコンタクト(ディファイン) )
その他	( )
② 手術歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
( )	
③ 造影CT	
ビグアナイド系糖尿病薬服用	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
④ 薬剤アレルギー(特に造影剤)	
	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
薬品名と症状	( )
⑤ 喘息(造影禁忌)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑥ 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑦ 感染症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
( )	
⑧ 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑨ 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑩ 友紘会総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
( )	

検査目的・知りたい画像情報・目標部位又は器官名



## 【友誼会総合病院までの交通について】

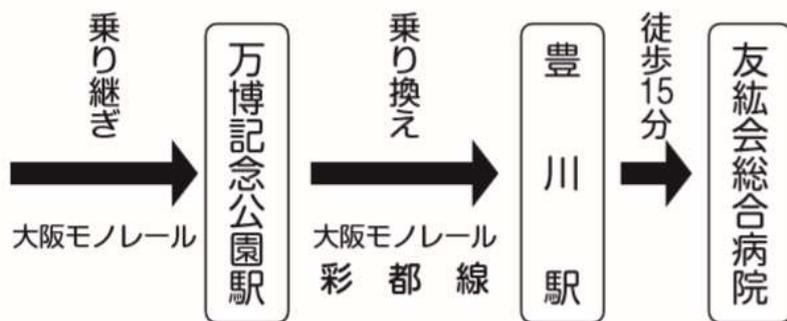


### 主要ポイントからの所要時間

#### ★ モノレールを利用される場合

—モノレールへの乗換駅—

阪 急	}	京都線 =	南茨木駅
		千里線 =	山田 駅
		宝塚線 =	蛍ヶ池駅
地下鉄(御堂筋線)	}	= 千里中央駅	
北大阪急行		= 大日 駅	
地下鉄(谷町線)	= 大日 駅		
京 阪 本 線	= 門真市駅		



豊川駅・内田クリニック  
からの巡回バスあり。

#### ★ 豊川駅から主要駅までの所要時間

万博記念公園駅……約11分	大阪空港駅……約30分	千里中央駅……約20分
南茨木駅……約17分	新大阪駅……約30分	大阪駅……約40分

#### ★ 車を利用される場合

国道171号線「清水」交差点を南へ約1 km	大阪都心(梅田)まで……約40分
	三宮まで……約64分

※ 所要時間は各交通機関の所要時間情報に基づいています。乗り換え時間は含んでおりません。