浜松労災病院　放射線科検査申込用紙　FAX:053-411-0315

記入日　　年　　月　　日

お問い合わせ先
〒430-8525　浜松市東区将監町25
浜松労災病院（地域連携室）
月～金曜日（祝日を除く）8:15～18:00
☎ 053-411-0366

紹介元医療機関名
所在地
ＴＥＬ
ＦＡＸ
紹介医師名

＜患者情報＞　※太枠内は必ずご記入ください。

被保険者証記号・番号			
保険者番号			
被保険者との続柄	本人・家族	負担割　　割	

公費負担番号	
公費負担医療の受給番号	

該当する場合は記入してください

フリガナ 氏名		男・女	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　歳
			職業
住所		☎　（　　）	
紹介目的			

検査予約希望日　第1希望　　月　　日　午前・午後 第2希望　　月　　日　午前・午後	医師、検査内容により希望に添えない場合がありますがご了承ください。

CT、MRI検査の造影希望はeGFR値（もしくはクレアチニン値）が必須となります。3か月内目途の最新の値を必ずご記入ください。
尚、eGFR値が**30未満**の場合は造影検査は行いませんのでご了承ください。

eGFR値＝　　（ｸﾚｱﾁﾆﾝ値{CRE}＝　　mg/dl）	測定年月日　　年　　月　　日

・CT検査　□単純　□造影あり
□頭部CT　□頸部CT　□胸部CT　□腹部CT　□骨盤・骨盤腔CT　□その他

・RI検査
□骨シンチ　□レノグラム（負荷無）　□ダットスキャン　□^{123}I-MIBGシンチ（心臓・副腎髄質）
□甲状腺摂取率（$^{99m}TcO_4^-$）　□副甲状腺シンチ（^{99m}Tc-MIBI）　□IMP脳血流シンチ　□ECD脳血流シンチ

・骨密度検査
□骨密度測定（腰椎および大腿骨頭）

・MRI検査　□単純　□造影あり　（ 体内金属留置 □ 有 □ 無 ）※必ずチェックをお願いします。
（ 心臓ペースメーカー・ICD □ 有 □ 無 ）
□頭部MRI・A　□頭部MRI・A（VSRAD：対象50歳以上）　□下垂体MRI　□頸部MRI
□胸部MRI　□乳房MRI　□腹部MRI　□MRCP
□頚椎MRI　□胸椎MRI　□腰椎MRI　□骨盤・骨盤腔MRI
□肩MRI（右・左）　□肘MRI（右・左）　□手関節MRI（右・左）　□手部MRI（右・左）
□股関節MRI（右・左）　□膝MRI（右・左）　□足関節MRI（右・左）　□足部MRI（右・左）
□その他（　　）

※MR検査の予約は人工関節等の体内金属留置の有無のチェック、左右の別をお願いいたします。
【 心臓人工弁、頭蓋内クリップ、V-Pシャント（マグネット式）、人工内耳、人工 中耳、可動性義眼、避妊リング、骨折固定金属、人工関節、乳房皮膚拡張器（エ キスパンダー）、体内に金属がある方 】
※必要がある場合は、画像診断のフィルム又はCD－ROM、検査結果記録を添付してください。