

診療情報提供書（紹介状）

年 月 日

兵庫県立リハビリテーション中央病院 御中  
( 先生)

名 称 :  
住 所 : 〒

医師名 :

印

送付先（地域医療連携室）

FAX 078-925-9362

TEL 078-925-9264

TEL :  
FAX :

|                                            |                       |                                    |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------|--------|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|------|------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|
| 内<br>科                                     | 脳<br>神<br>経<br>内<br>科 | リ<br>ウ<br>マ<br>チ<br>科              | 整<br>形<br>外<br>科          | 脊<br>髄<br>損<br>傷 | 切<br>断 | 泌<br>尿<br>器<br>科                              | テ<br>リ<br>シ<br>ョ<br>ン<br>ビ<br>リ | 子どものリハビリテーション・睡眠・発達医療センター |      |                  | ス<br>ポ<br>ー<br>ツ<br>整<br>形 | ス<br>ポ<br>ー<br>ツ<br>内<br>科 | 受診科を○で<br>囲んで下さい |
|                                            |                       |                                    |                           |                  |        |                                               |                                 | (十八歳以下)                   | 小児整形 | (中学生以下)<br>肢体不自由 |                            |                            |                  |
| 受診希望日 第1 ( 月 日 曜日) 第2 ( 月 日 曜日)            |                       |                                    |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| 患<br>者                                     | (フリガナ)<br>氏 名         |                                    | ( )                       |                  | 男<br>女 | リハビリテーション中央病院受診歴 (診療科名)<br>1 無 2 有 ( 科) (ID ) |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
|                                            | 生年月日                  |                                    | 年 月 日 ( 歳)                |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
|                                            | 住 所                   |                                    | 〒<br>☎ 自宅 ( ) ー 連絡先 ( ) ー |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| 診 断 名                                      |                       |                                    |                           |                  |        |                                               | 主 訴                             |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| 紹 介 目 的                                    |                       | 1 入院 2 診療 3 検査                     |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| 使 用 保 険                                    |                       | 1 健康保険 2 生活保護 3 労災 4 自賠責 5 その他 ( ) |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| ① 主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他 |                       |                                    |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |
| 患者に関する留意事項、薬物アレルギー                         |                       |                                    |                           |                  |        |                                               |                                 |                           |      |                  |                            |                            |                  |

## 放射線科 検査申込書

送付先 (地域医療連携室)

FAX : 078-925-9362

TEL : 078-925-9264

患者氏名

生年月日 年 月 日

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査希望日 第1 ( 年 月 日 曜日)                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 第2 ( 年 月 日 曜日)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 患者さんの状態について                                | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー<br>検査時、寝台に背臥位で横になることが可能ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> C T<br>(単純撮影のみ)   | <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部<br><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><b>※2枚目下部にありますチェック項目を確認願います。</b>                                                                                                                     |
|                                            | 撮影に関する詳細指示 (コメント) 等あれば御記入下さい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> M R I<br>(単純撮影のみ) | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頭部<br><input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><b>※2枚目上部にありますチェック項目を確認願います。</b> |
|                                            | 撮影に関する詳細指示 (コメント) 等あれば御記入下さい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 骨密度検査             | <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 腰椎+股関節<br><b>※2枚目下部にありますチェック項目を確認願います。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

\* C T ・ M R I の画像データは通常CDになります。

\* 通常 F A X 受信後 20 分以内に予約 F A X をお送りいたします。(撮影方法が特殊・複雑でない場合)

# 検査を受けられる方への確認事項について

## 主治医の先生方へ

このたびは検査を御依頼いただき誠に有り難うございます。

MRI・CT・骨密度 各検査を安全に実施するために、御面倒ですが以下の事項について患者さんに御確認いただき、検査申込時に併せてご送付(FAX)くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**\*\*\* MRI 検査の確認事項を御記入願います。\*\*\* ※    にチェックが入る場合は、ご注意下さい。**

| 確 認 事 項 |                                                                                                                                                                                                                                                             | はい | いいえ    |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|
| 1       | 今回 MRI 検査を受けられるのは初めてですか？                                                                                                                                                                                                                                    |    |        |
| 2       | 体内に心臓ペースメーカー、ICD、カテーテル、人工内耳、生体刺激装置、可動性義眼（取外し不可の）、骨成長刺激装置等の電氣的、磁氣的もしくは機械的に動作する体内埋入物が入っていますか。 <b>※入っている場合、検査できません。</b>                                                                                                                                        |    |        |
| 3       | 体内（頭部も含む）に何か金属が入っていますか。<br>「はい」にチェックを入れた（金属が入っている）場合、該当するものに○をつけて下さい。<br>歯科矯正器具・脳動脈クリップ・人工関節・人工心臓弁・避妊クリップ・インプラント・コイル・ステント・可動性義眼・磁石式入れ歯・プレート・スクリュー・その他の金属（<br>「はい」にチェックを入れた（金属が入っている）場合、MR 検査適合品であるかご確認ください。<br>（ <b>※非適合品である場合や、安全性が確認できない場合は検査できません。</b> ） |    | □適合品確認 |
| 4       | 湿布薬、支持体に金属が含有されている経皮吸収貼付剤（ニュープロパッチ、ノルスパンテープ、ニコチネル TTS、ニコラーム TTS）は、検査前に剥がしていただきます。検査後の同剤の貼付に関する事は、ご依頼の先生から患者さんにお知らせ下さい。また必要に応じ、貼り替え分をご持参下さい。                                                                                                                 |    | □説明した  |
| 5       | 刺青をしていますか。<br><b>刺青をされている場合、火傷の危険性がありますので、患者さんの同意を得て下さい。</b>                                                                                                                                                                                                |    | □同意を得た |
| 6       | アイライナー、マスカラ、ラメ入りの化粧、カラーコンタクトレンズは火傷の危険性がありますので、当日は落として（外して）きていただくようお願いします。                                                                                                                                                                                   |    | □了解を得た |
| 7       | <b>【女性の方へ】</b> 妊娠中（妊娠の可能性のある方を含む）ですか。<br><b>妊娠中（特に妊娠3ヶ月未満）または妊娠の可能性のある場合、</b><br>胎児への安全性が確立されていませんので検査できません。                                                                                                                                                |    |        |
| 8       | 閉所恐怖症がありますか。（ <b>※閉所恐怖症がある場合、検査ができないことがあります。</b> ）                                                                                                                                                                                                          |    |        |

**\*\*\* CT 検査・骨密度検査の確認事項を御記入願います。\*\*\***

| 確 認 事 項 |                                                                                                                                                                                                                                  | はい | いいえ |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 9       | <b>植込み型心臓ペースメーカー・ICD・脊髄刺激装置等</b> の体内電子機器を装着していますか。<br>※植込み型心臓ペースメーカー・ICDを植え込んだ患者さんのX線CT・骨密度検査について、機器本体にX線束が照射されると、オーバーセンシングが起こる可能性がある為、 <b>検査部位に機器本体がある場合は検査できません。</b><br><u>詳細につきましては、お問い合わせ下さい。 放射線科 078-927-2727（内線 2170）</u> |    |     |
| 10      | <b>【女性の方へ】</b> 妊娠中（妊娠の可能性のある方を含む）ですか。<br><b>妊娠中または妊娠の可能性のある場合、</b> 検査による危険性と有用性を御考慮下さい。                                                                                                                                          |    |     |
| 11      | 検査部位に金属（クリップ、プレート、人工関節等）がありますか。<br>「はい」の場合、具体的に（<br>※骨密度検査について検査部位に金属や消化管造影検査後のバリウムがある場合、正確な検査結果を報告できません。                                                                                                                        |    |     |

以上の検査適応等について確認し問題ありません。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医師署名： \_\_\_\_\_