

倉敷中央病院放射線診断科検査事前予約受付のご案内

このFAXによる検査予約受付は、当院放射線医療機器を地域の医療機関の先生方に、当院の医師と同じように利用していただくための方法です。

この予約は患者さんのご都合を考慮し、約1週間以内に予約を致します。なお、PET/CT検査の場合は可能な限り検査当日の他科の診察と重ならぬようご配慮をお願いします。

また、緊急を要する場合は当該診療科への迅速な院内紹介を行います。

申込方法

検査予約受付票の取り扱いについて

■ 3枚綴りとなっております。

- 1枚目 紹介状・診療情報提供書（倉敷中央病院用）
○封筒に入れて患者さんにお渡してください。
- 2枚目 紹介状・診療情報提供書（紹介元医療機関控）
- 3枚目 検査予約受付票
必要事項を記入の上、FAX送信をお願いします。

・（PET/CT検査以外の場合）

検査予約受付票（3枚目）をFAX送信してください。

・（PET/CT検査の場合）

紹介状（1枚目）・検査予約受付票（3枚目）・保険適用チェックリスト・同意書の合計4枚をFAX送信してください。

放射線診断科で検査の予約日を決定し、15分以内に紹介患者受診票をFAXにて返信致します。患者さんは、当日画像・生理センター（1-55番）受付窓口へお越しください。

※予約なしに患者さんが来院された場合は可能な限り対応いたしますが、その当日は検査予約のみをしていただくこともありますので、できる限り事前予約をご利用ください。

※CTとMRの同日検査は遠方などの特別な理由がない限り避けて頂くようお願いいたします。

※PET/CT検査で保険適用とならない場合には、自由診療（自費）として総合保健管理センターへご依頼ください。保険適用の判断が難しい場合は、まず放射線診断科へFAXをお送りください。適用を判断させていただき、速やかにご連絡申し上げます。

※一般核医学検査につきましては当科ホームページに詳細がございます。ご参照ください。
(http://www.kchnet.or.jp/for_medicalstaff/houka-pdf/RI検査の説明.pdf)

FAX 0120-36-7272
FAX 086-425-1805

受付時間

平日 8:30~17:00
土曜日 8:30~13:00

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院 放射線診断科
TEL 086-425-1805(直通)

紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

倉敷中央病院

放射線診断科 小山 貴 先生

FAX No.

0120-36-7272
086-425-1805

紹介元医療機関の
所在地・名称

TEL

医師名

FAX

フリガナ 患者氏名	生年月日
倉敷中央病院受診歴 無・有 (カルテ No.)	明・大 昭・平
住 所 〒	年 月 日 才
	TEL ()

主訴・検査目的

症状経過及び治療経過・検査所見

希望検査・部位	CT	頭部/眼窩・副鼻腔/側頭骨/頸部/胸部/腹部(上腹部・下腹部・全腹部)/脊椎(部位:) 四肢・骨(部位:)/3D-CT angi(部位:)/その他(部位:)
	MR	頭部: 頭部スクリーニング/頭部精査(下垂体、聴神経、眼窩、その他:) 頭頸部: 頸部/副鼻腔/耳下腺顎下腺/口腔・舌・咽喉頭/頸動脈プラーク 胸部: 肺/縦隔・食道/乳腺 上腹部: 胆膵(MRCP)/肝/肝EOB(フリット造影MRI)/腎・副腎 下腹部: 尿路(腎-尿管-膀胱)/膀胱/前立腺/陰のう・精巣/子宮・卵巣 脊椎: 頸椎/胸椎/腰椎/仙尾部 骨軟部: (部位:)、関節: (部位:) ※左右も記載ください 大血管MRA: (部位:)、その他: (部位:)
	一般核医学	骨/ガリウム/唾液腺/メッケル憩室/消化管出血 甲状腺テクネ+摂取率/甲状腺テクネ+タリウム/副甲状腺/副腎髄質/肺血流/腎静態/腎動態レノグラム 脳血流 IMP/脳血流 HMPAO/脳ダットシンチ FP-CIT/心交感神経 MIBG/その他 ()
	PET/CT	別紙チェックリスト・同意書・紹介状を同時にお送りください。 体重(Kg)
	その他	乳腺マンモグラフィ、骨塩定量

造 影	不要 ・ 要 ・ 一任	腎機能検査値 (造影要・一任は要記入)	血清クレアチン mg/dℓ, BUN mg/dℓ
希望日	当日緊急 ・ 準緊急(日以内) ・	検査日	年 月 日 (3ヶ月以内)
	画像コピー	不要・必要 (フィルム・CD-R)	日までに ・ 希望日 日 (午前・午後)
	緊急所見が見つかった場合の関連科との緊急連携について	希望しない (希望されない場合のみ○で囲ってください)	

倉敷中央病院 放射線診断科検査予約受付票

平成 年 月 日

倉敷中央病院 放射線診断科 小山 貴 先生

FAX No.
0120-36-7272
086-425-1805

紹介元医療機関の
所在地・名称

TEL _____

医師名

FAX _____

フリガナ 患者氏名	生年月日 明・大 昭・平	年 月 日 才
倉敷中央病院受診歴 無・有 (カルテ No. _____)		
住 所 〒 _____	TEL (_____)	

主訴・検査目的

画像生理センターにて記入 検査予約日時 年 月 日 曜日 時 分

【保険情報】
 保険証番号を右記にご記入
 してください。
 あるいは保険証のコピー
 をFAXしてください。

<被保険者証>

保 険 者 番 号	
記 号 ・ 番 号	
有 効 期 間	
被 保 険 者 氏 名	
被保険者との続柄	

<老人医療受給者証>

市 町 村 番 号	
受 給 者 番 号	
負 担 割 合	割

希望検査・部位	CT	頭部/眼窩・副鼻腔/側頭骨/頸部/胸部/腹部(上腹部・下腹部・全腹部)/脊椎(部位: _____) 四肢・骨(部位: _____)/3D-CTangio(部位: _____)/その他(部位: _____)
	MR	頭部: 頭部スクリーニング/頭部精査(下垂体・聴神経・眼窩・その他: _____) 頭頸部: 頭部/副鼻腔/耳下腺顎下腺/口腔・舌・咽喉頭/頸動脈プラーク 胸部: 肺/縦隔・食道/乳腺 上腹部: 胆膵(MRCP)/肝/肝EOB(フリット造影MRI)/腎・副腎 下腹部: 尿路(腎-尿管-膀胱)/膀胱/前立腺/陰のう・精巣/子宮・卵巣 脊椎: 頸椎/胸椎/腰椎/仙尾部 骨軟部: (部位: _____)、関節: (部位: _____) ※左右も記載ください 大血管MRA: (部位: _____)、その他: (部位: _____)
	一般核医学	骨/ガリウム/唾液腺/メッケル憩室/消化管出血 甲状腺テクネ+摂取率/甲状腺テクネ+タリウム/副甲状腺/副腎髄質/肺血流/腎静態/腎動態レノグラム 脳血流 IMP/脳血流 HMPAO/脳ダットシンチ FP-CIT/心交感神経 MIBG/その他(_____)
	PET/CT	別紙チェックリスト・同意書・紹介状を同時にお送りください。 体重(_____ Kg)
	その他	乳腺マンモグラフィ、骨塩定量

造 影	不要 ・ 要 ・ 一任	腎機能検査値 (造影要・一任は要記入)	血清クレアチン mg/dℓ、BUN mg/dℓ
希 望 日	当日緊急 ・ 準緊急(_____ 日以内) ・ _____ 日までに ・ 希望日 _____ 日(午前・午後)	検査日 年 月 日(3ヶ月以内)	
画像コピー		不要・必要(フィルム・CD-R)	
緊急所見が見つかった場合の関連科との緊急連携について		希望しない(希望されない場合のみ○で囲ってください)	