

# 放射線科画像検査申込票

患者氏名

令和 年 月 日

患者生年月日

年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元電話番号

CT □ 単純 □ 造影	
★ ペースメーカー □ 有 □ 無 (心臓部位の検査を希望される場合は必ずご確認ください)	
<input type="checkbox"/> 頭部	脳
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球
<input type="checkbox"/>	中耳、側頭骨
<input type="checkbox"/>	その他頭部
<input type="checkbox"/> 頸部	顔面、鼻腔、副鼻腔
<input type="checkbox"/>	咽頭、喉頭、唾液腺、甲状腺
<input type="checkbox"/> 心臓	冠動脈(造影)
<input type="checkbox"/> 胸部	肺野、縦隔
<input type="checkbox"/>	頸胸部
<input type="checkbox"/>	肺-肝
<input type="checkbox"/>	肺-鼠径
<input type="checkbox"/>	胸腹部大動脈
<input type="checkbox"/> 腹部	肝、胆
<input type="checkbox"/>	膵
<input type="checkbox"/>	肝-腎
<input type="checkbox"/>	肝-鼠径
<input type="checkbox"/> 骨盤	腸骨-恥骨
<input type="checkbox"/> 脊椎	頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎
<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/> 上肢	肩関節
<input type="checkbox"/>	上腕
<input type="checkbox"/>	肘関節
<input type="checkbox"/>	前腕
<input type="checkbox"/>	手関節
<input type="checkbox"/>	手
<input type="checkbox"/> 下肢	股関節
<input type="checkbox"/>	大腿
<input type="checkbox"/>	膝関節
<input type="checkbox"/>	下腿
<input type="checkbox"/>	足関節、足

コンビームCT	
CT耳	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
CT副鼻腔	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
CT頸部	<input type="checkbox"/> 上咽頭 <input type="checkbox"/> 中咽頭 <input type="checkbox"/> 下咽頭 <input type="checkbox"/> 口咽頭
CT歯列全体	<input type="checkbox"/> 歯列全体
CT歯列一部	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 正面上 <input type="checkbox"/> 正面下 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下

パノラマ	
<input type="checkbox"/>	パノラマ
<input type="checkbox"/>	顎関節(開口、閉口)

- ★ コンビームCT・パノラマは部位1ヶ所のみをチェックしてください。
- ★ CT・MRは単純/造影+各確認項目+部位1ヶ所のみをチェックしてください。
- ★ CT心臓部位の場合、ペースメーカー有の患者さんは検査できない場合があります。
- ★ MRはペースメーカーなど体内に金属が入っている患者さん、妊娠の可能性のある患者さんの場合、安全面を考慮し検査申込の受付をお断りしております。  
(条件付きペースメーカーについても、検討中のため現在は医療機関からの申込を受け付けておりません。)

MR □ 単純 □ 造影	
★ ペースメーカー □ 有 □ 無	
★ 人工内耳 □ 有 □ 無	
★ 脳動脈瘤クリップ □ 有 □ 無	
★ その他体内金属 □ 有 □ 無	
★ 妊娠の可能性 □ 有 □ 無	
<input type="checkbox"/> 頭部	脳
<input type="checkbox"/>	下垂体
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球
<input type="checkbox"/>	内耳、側頭骨
<input type="checkbox"/>	鼻腔、副鼻腔
<input type="checkbox"/>	その他頭部
<input type="checkbox"/> 頸部	咽喉頭
<input type="checkbox"/>	唾液腺、甲状腺、副甲状腺
<input type="checkbox"/>	その他頸部
<input type="checkbox"/> 胸部	縦隔
<input type="checkbox"/>	肺
<input type="checkbox"/>	その他胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	肝
<input type="checkbox"/>	胆嚢、胆管
<input type="checkbox"/>	膵
<input type="checkbox"/>	腎
<input type="checkbox"/>	副腎
<input type="checkbox"/>	その他腹部
<input type="checkbox"/> 骨盤	子宮、卵巣
<input type="checkbox"/>	前立腺、精巣
<input type="checkbox"/>	膀胱
<input type="checkbox"/>	その他骨盤
<input type="checkbox"/> 脊椎	頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎
<input type="checkbox"/> 上肢	肩関節
<input type="checkbox"/>	上腕
<input type="checkbox"/>	肘関節
<input type="checkbox"/>	前腕
<input type="checkbox"/>	手関節、手
<input type="checkbox"/> 下肢	股関節
<input type="checkbox"/>	大腿
<input type="checkbox"/>	膝関節
<input type="checkbox"/>	下腿
<input type="checkbox"/>	足関節、足
<input type="checkbox"/> MRA	頭部MRA(動脈)
<input type="checkbox"/>	頸部MRA(動脈)

PET-CT	
※PET-CT検査は別紙【PET-CT検査連絡票】にてお申込みください。	

## 関西医科大学附属病院

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔病診連携課〕 電話 072-804-2742 F A X 072-804-2861