

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

必ずご記入ください。

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、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"/>	頸-肝
<input type="checkbox"/>	肺-鼠径
<input type="checkbox"/>	頸-鼠径
<input type="checkbox"/>	胸腹部大動脈
<input type="checkbox"/>	腹部 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"/>	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)

MR □ 単純 □ 造影		
★ ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 人工内耳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ その他体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
★ 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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。	

必ずご記入ください。

- ★ 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。)

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