

# 放射線科検査 予約手順

紹介医療施設さま



JR 広島病院 地域医療連携室

TEL 082-262-1581 ※受付時間 8:40~17:00 (土日祝日除く)

\*核医学 (RI) 検査の予約は 082-262-1178 (放射線科) にお電話下さい

JR 広島病院  
地域医療連携室

紹介医療施設さまからのお電話にて予約をお取りいたします。

なお、ご希望に応じまして、後日当院地域医療連携室から患者さまにお電話し、ご都合に合わせて予約をお取りすることも可能です。

CT・MRI 検査の場合は「単純」か「造影」をお聞きします。なお、当院放射線科医にお任せいただける場合は「必要であれば造影」とお伝えください。

造影検査の可能性がある場合、貴院にて造影検査の注意事項等について説明をお願いします。なお、問診票および同意書は当院で取得させていただきます。また、造影の場合は腎機能 (クレアチニン、eGFR) の提供をお願いいたします。

※心臓 CT および負荷心筋シンチは、当院循環器内科医師による診察があります。

紹介医療施設さま

「放射線科検査 予約申込書」、「紹介状 (診療情報提供書)」を FAX にてお送りください。

紹介状の本書は患者さまにお渡しください。

JR 広島病院 地域医療連携室

FAX 082-262-1253

※「放射線科検査 予約申込書」原本をコピーしてご利用ください。

また当院ホームページ「医療関係者の方々へ—地域医療連携室」よりダウンロードできます。

患者さま ご受診

検査予約時間の約 20 分前までには、当院①番受付にお越しください。

患者さまが来院される際にご持参いただくもの

- 紹介状 (診療情報提供書)
- 保険証
- 当院の診察券 (お持ちの方)

JR 広島病院  
放射線科

検査後、所見と画像 CD-R を郵送させていただきます。

- 所見……………原則、当日中に FAX 送信致します
- 骨密度検査……………患者さまに検査結果を直接お渡し致します

(平成 30 年 4 月 改訂)

医療法人 JR 広島病院

MEDICAL CORPORATION JR HIROSHIMA HOSPITAL

# 放射線科検査 予約申込書

(ご記入日： 年 月 日)

医療法人 JR 広島病院	紹介元医療機関
FAX : 082-262-1253 TEL : 082-262-1581	所在地 : 名称 : 医師名 :
診療予約申込時間 / 平日 (土日祝日除く) 8 : 40 ~ 17 : 00 <small>※上記時間外にお申込の場合は、ご連絡が翌日以降となります。</small>	TEL : FAX :

患者情報	当院受診歴	有 ・ 無	受診歴のある方は 診察券番号をご記入ください	当院診察券番号 :		
	フリガナ	(男・女)		生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	
	氏名					
	現住所	〒 -				
	電話番号	※9:00~17:00までの間にご連絡のとれる番号をご記入ください。 ① 自宅・職場・携帯等 ( ) - ② 自宅・職場・携帯等 ( ) -				
	保険証欄 (保険証のコピーを併せて送信される場合は、ご記入不要です。)		公費負担者番号			
	保険者番号			公費受給者番号		
	記号・番号			公費負担者番号		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	公費受給者番号			

## 検査依頼内容

予約日時	月 日 ( ) 時 分	電話 : 済 ・ 未
検査種	造影有無	検査部位 (検査部位に○をご記入ください)
CT	あり	頭部・頸部・胸部・腹部・胸腹部・頸胸腹部・骨盤・脊椎 ( )
	なし	上肢・下肢・心臓CT (当院循環器内科受診後の検査となります)
	必要あれば造影	その他 ( )
MRI	あり	頭部・頸部・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)・胸部・腹部・骨盤
	なし	上肢 (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手) 下肢 (大腿・膝・下腿・足関節・足)・その他 ( )
	必要あれば造影	※胸部、腹部、骨盤の場合は臓器をご記入下さい ( )
骨密度	-	ルーチン検査 (腰椎と股関節) ・ その他 ( )
核医学 (RI)	放射線科で対応 082-262-1178	※カッコ内に核種をご記入下さい 脳 (IMP・ECD・DAT) ・ 甲状腺 ( ) ・ ガリウム ・ 骨 ・ 腎臓 ( ) ・ MIBG 心筋シンチ ・ その他 ( )
その他の検査		
腎機能	クレアチニン値 ( ) / eGFR 値 ( )	※採血日 ( 年 月 日)

●受診当日は必ず情報提供書と保険証等をお持ちいただくよう、お伝えください。  
※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。  
(平成29年12月改訂)