検　査　依　頼　票

記載がより
簡単になりました！

年　　月　　日

国立病院機構京都医療センター　地域医療連携室

紹介予約FAX（24時間受付）　075-643-4361

お問い合わせ（平日9:00～17:00）　☎ 0120-06-4649

医療機関名	
医師名	
電話・FAX番号	

ふりがな		□ 男　□ 女
患者氏名	（旧姓）	T S H R　年　月　日生
電話番号　-　-　（自宅/携帯）		当院受診歴　□ あり □ なし

来院の際、**紹介状・保険証原本**（またはマイナンバーカード）をお持ち頂きますよう、
患者さんにお伝え下さい。

病名	の疑い　□ 入院中	紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。

希望日	第一希望日　月　日　時頃	第二希望日　月　日　時頃

検査

□ 胃カメラ直行便　（□ 鎮静希望 ）

□ 腹部エコー検査

検査部位　□ 頭部　□ 頸部　□ 胸部　□ 腹部　□ その他（　　）

□ CT（単純）

□ CT（造影）　必ずご記入下さい

□ MR（単純・MRA含む）

□ MR（造影）　必ずご記入下さい

□ 一般撮影

□ 骨塩定量　（□ 全身　□ 腰椎　□ 大腿骨 ）

□ RI　ご希望の検査（　　）→ 体重（　　kg）

腎機能評価※

CRE　　mg/dL

または

eGFR

検査日　年　月　日

注意事項

□ **心臓植込み型デバイス有り（ペースメーカーやICD等の手帳・カードも併せてFAXください）**

□ 妊娠中　（MR検査は原則、14週以上から撮影できます）

※ 造影検査で、腎機能障害がある場合や判断が難しい場合、当院の判断で、単純検査に変更させていただくことがありますので、ご了承ください。
（造影検査での腎機能のめやす　CT：eGFR＞45，MRI：eGFR＞60）

病院への連絡事項等

2026年10月版