

検査予約 FAX依頼書 兼 診療情報提供書

◆まずは当院放射線科へお電話ください。その後本紙を17時までにFAXしてください。

年 月 日

患者情報 ※すべての事項にもれなくご記入お願いいたします	
フリガナ ご氏名	[<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女]
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 [歳] <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和
ご住所	〒 ① 電話 ② ※予約日時の変更をお願いする場合がありますので、必ず連絡がとれる番号をお願いします。

検査情報 ※ <input type="checkbox"/> に✓ またはご記入ください。 ※造影検査やMRIでは当日に同意書を作成します。未成年の方は保護者の対応をお願いします。	
ご希望検査種	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 造影まで ※CT、MRIの場合 <input type="checkbox"/> RI [<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> その他 ()]
診療情報 検査目的	◆詳細に記載してください(疾患名 既往歴 家族歴 病状及び経過 現在の処方内容等)。 ◆撮影希望部位()
事前確認	造影 3ヶ月以内の腎機能【 CRE : mg/dL もしくは eGFR : mL/分/1.73m ² 】 喘息の既往 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり] 甲状腺機能亢進症 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり] アレルギー [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり] 糖尿病薬の服用 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()] ◆eGFR30未満の方は、糖尿病薬をCT造影後に休薬する場合があります。
	MRI 体内金属確認 植込み型心臓電気デバイス [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり※] ※「植込み型心臓電気デバイス MRI検査前 確認事項票」に記入しFAXしてください。 植込み型神経刺激装置 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり] 人工内耳 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり] その他の体内金属、機械類 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()] ◆一部の貼付剤(医療用麻薬、心臓治療用、禁煙用など)は剥がして撮影しますので、予めご了承ください。 ◆当日は化粧(マスカラなど)やネイルアート、白髪隠し等をお控えください。火傷のリスクがあります。
電話予約	<input type="checkbox"/> 済 予約日 : 年 月 日 () : ~ <input type="checkbox"/> 未 予約希望日 : 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()
ADLなど	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー 付添い [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()] 酸素・医療機器等の使用 [<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()]

紹介元医療機関 ※受診当日に診療情報提供書が必要です。原本を患者にお渡しください。	
貴院名 :	
医師名 :	ご担当者様 :
TEL/FAX :	/

- ◆ 受付時間外の予約依頼FAXは翌営業日にお返事いたします。
- ◆ 当日の検査申込はできませんので、ご了承ください。
- ◆ 検査予約には予約票を発行しておりません。予約日時は、紹介元様より患者様へお伝えください。