

年 月 日



くまもと県北病院  
KUMAMOTO KENHOKU HOSPITAL

FAX 0968-73-5300  
Tel. 0968-79-7325

# 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いただき、その後本紙を17時までにFAXしてください

<b>患者情報</b>	※すべての事項にもれなくご記入をお願いします	
フリガナ 氏名	[ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ]	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [ 歳 ]
住所	〒 電話 ① 番号 ② ※予約日時の変更等をご連絡する場合がありますので、必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください	
ADL など	◆移動方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー ◆検査当日の付添い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ◆酸素・医療機器等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
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 ( )	

<b>検査情報</b>	※ <input type="checkbox"/> に $\checkmark$ および 記載枠に丁寧にご記入ください ※造影やMRIでは当日に同意書を作成するため、 <b>未成年の方は原則として保護者の付添い</b> をお願いします	
検査種	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> DXA <input type="checkbox"/> 造影まで ※CT・MRIの場合 部位・薬剤 ( )	
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 )	

<b>事前確認</b>	※ <input type="checkbox"/> に $\checkmark$ および 記載枠に丁寧にご記入ください ※検査の可否に関わるため、必ず十分にご確認ください	
共通事項	◆閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※RIキャンセルの場合、放射性医薬品の代金をご負担いただくことがあります	
MRI	◆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 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( ) ★条件付きMRI対応のデバイスであれば、「植込み型心臓電気デバイス MRI検査前 確認事項票」にご記入のうえ、FAXにてご送付ください ※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 ※火傷のリスクがあるため、当日は化粧やネイルアート、白髪隠し等の使用はお控えください	
造影	◆3ヶ月以内の腎機能【 CRE : mg/dL もしくは eGFR : mL/分/1.73m <sup>2</sup> 】 ◆糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) ※ eGFR30未満は、あらかじめCT造影後のメトホルミン糖尿病薬休薬指示をお願いします ◆喘息の既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 詳細はESURガイドラインをご参照ください ◆アレルギー <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 ( )	

<b>紹介元医療機関</b>	※受診当日に診療情報提供書が必要となりますので、原本を患者さんへお渡しください	
貴院名 :		
医師名 :	ご担当者様 :	
TEL / FAX :	/	

- ◆ 受付時間外にいただいた予約依頼は、翌診療日にお返事いたします
- ◆ 当日の検査申込はお受けできませんので、あらかじめご了承ください
- ◆ 検査予約では予約票を発行していませんので、予約日時は紹介元様より患者さんへお伝えください