

# FAX 26-5156

医療機関⇒荘内病院

## 荘内病院 CT・MRI検査 (機器共同利用) 依頼書 (FAX用)

令和 年 月 日

※ FAX予約のお返事は、平日の17:00まで  
受付した分は当日中、それ以降は翌日  
になります。

医療機関名

医師名

電話

FAX

当院ID番号

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏名	フリガナ 様	男 女	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 才 )		
住所	〒 (電話 )					
検査予約 希望日	第1希望日 月 日 ( )	第2希望日 月 日 ( )	第3希望日 月 日 ( )			
※原則として、MRIは月曜日、CTは火・水・木・金曜日の3時からとなります。						
予約検査	依頼検査に☑をつけてください。 ※特別な事情がない限り読影を行います。					
CT (火・水・木・金)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
MRI (月)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
MRIを希望する場合は 必ずチェック欄をご記入 ください。	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入れ墨	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	心臓人工弁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	大動脈ステント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (実施年月 年 月)				
	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人工骨頭、関節、手術用クリップ、入れ歯 等)				

- 撮影方法を決定するために、患者様の症状や検査データ、検査目的などを下の欄にご記入ください。
- 必要に応じて、同意を得た上で造影剤を使用しますので、3か月以内の血清クレアチニン(Cre)値、CTの場合、ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無も記載してください。(plainのみでよい場合は必要ありません。)

血清Cre値 mg/dl 、ビグアナイド系糖尿病薬の使用 有・無

- MRIを受ける方で血糖測定器(リブレ)装着中の方は、必ず外してご来院下さい。
- 診療情報提供書は、検査当日に患者さんに持参させてください。  
(場合によっては、事前に診療情報提供書をFAXしていただくことがありますのでご理解下さい。)

【検査目的など】

\*ご依頼医療機関様からFAX受理後、当院から予約票をFAXしますので患者さんにお渡しください。

\*当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合があります。ご了承ください。

※紹介予約日 月 日 ( ) 時 分 地域医療連携室で記入