

医療機関⇒荘内病院

FAX 26-5156

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予約は平日の17:00までの受付した分で、それ以降は翌日のお返事となります。

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	男 女	生年 月 日	明・大・昭・平・令	
	様			年 月 日 (オ)	
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 ()		※MRIは月曜日・CTは水・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)	☐ 頭部 ☐ 頭頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 脊椎				
	☐ 胸腹部 ☐ 胸部～骨盤 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ その他()				
MRI (月)	☐ 頭部 ☐ 頭頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤				
	☐ 脊椎 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 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	☐ なし ☐ あり	・入れ墨	☐ なし ☐ あり	
	・心臓人工弁	☐ なし ☐ あり	・大動脈ステント	☐ なし ☐ あり	
	・脳動脈瘤クリップ	☐ なし ☐ あり (実施月日 年 月)			
	・体内金属	☐ なし ☐ 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)値を記載してください。(Plainのみでよい場合は必要ありません。)
- 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。)
- ビグアナイド系糖尿病薬を使用していますか。(使用 有・無)

【検査目的】	FAX予約時の患者さんの2日前からの体調
	・37度以上の発熱 (有・無)
	・呼吸器症状 (有・無)
	・味、においがしない(有・無)
	2週間以内に海外へいきましたか。
	・ご本人 (行った・行かない)
	・同居家族 (行った・行かない)
	受診に付き添われる方(有・無)
	付き添われる方の上記の状況 (有・無)状況()
	血清Cre値 mg/dl

*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