

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(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( )	※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 <input checked="" type="checkbox"/> 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・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 (実施月日 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)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●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。)</li> <li>●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。)</li> </ul>						
【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 (有り・無し) ・呼吸器症状 (有り・無し) ・味、においがしない(有り・無し) 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(有り・無し) 付き添われる方の上記の状況 (有り・無し)状況( )			
			血清Cre値	mg/dl		

\*ご依頼医療機関様からFAX受理后、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