

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)

平成 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	生年月日	明・大・昭・平		
	様	女	年月日	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		
	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 (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)			
・検査依頼目的						
検査方法や日時を決定する上で重要ですので、患者様の症状や検査データ、 検査目的 などを必ず下の欄にご記入ください。 診療情報提供書は検査当日に患者さんにご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了解ください。) また、CTとMRIでは患者様の了解を得た上で必要に応じて造影剤を使用する予定ですが、造影剤の使用を希望されない場合はあわせてご記入ください。						
【目的・内容】				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)		
.....				1ヶ月以内に海外や県外へいきましたか。		
.....				・ご本人 (行った ・行かない)		
.....				・同居家族 (行った ・行かない)		
.....				付き添われる方の上記の状況 (有り・無し)状況()		

*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