

FAX:022-259-1311 (放射線科直通)

放射線科 検査予約申込書

申込日 (FAX 送信日)

年 月 日

紹介元医療機関

医療機関名

住所



放射線科 行

TEL:022-259-1221 (代表)

診療科・医師名

電話番号

FAX 番号

受付時間

平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)

8:30~17:00 (17:00以降のFAX受信は翌診療日受付になります。)

(担当: )

フリガナ			男・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)
患者氏名		旧姓			
住所	〒 -			TEL	自宅 携帯

傷病名	既往歴				
臨床経過及び検査目的	<input type="checkbox"/> 別添 診療情報提供書のとおり ※診療情報提供書をご用意いただく場合は、こちらに記載の必要はありません。				
受診希望日	第1: 年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	希望日はないが早めの受診を希望 希望日はないので当院に委任する 都合の悪い日 ( )		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( 診療科 )			
依頼欄に○を記入	検査項目	依頼	関連記載事項		
	① CT (単純)		※部位、検査希望などの詳細をご記入ください		
	② CT (造影)				
	③ MRI (単純)				
	④ MRI (造影)				
	⑤ RI →右記へ詳細を記載				
⑥ その他→右記へ詳細を記載					
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	手術年: 年	
歯科インプラント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	インスリンポンプ・持続グルコース測定器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

以下はCTやMRIの造影検査を依頼時に、ご記入をお願いします。

身長	身長 ( cm )	腎機能	検査希望日3ヶ月以内の数値であること		
体重	体重 ( kg )		採血日 月 日	Cr ( )	eGFR ( )
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 治療中・治癒 )	ヨード剤アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名 )		
糖尿病薬確認	ビグアニド系薬剤内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名 )	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物・薬剤・その他) 具体的に ( ) 症状 ( )		
	※造影CT検査時のみ ビグアニド系薬剤の場合、検査前後2日間休薬	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

※検査予約申込書・診療情報提供書の原本、お薬手帳、健康保険証等は、当院受診当日にお持ちください。

令和3年2月作成