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）：
令和　　年　　月　　日

東北医科薬科大学病院
TOHOKU MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY HOSPITAL

放射線科行

TEL ： 022-259-1221（代表）
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）

紹介元医療機関
医療機関名：
住　　所：
診療科・医師名：
電話番号：　　－　　－
ＦＡＸ番号：　　－　　－
（担当：　　）

フリガナ			☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 歳
氏名		旧姓			
住所	〒　　―			TEL	自宅
					携帯

傷病名		既往歴	
臨床経過および検査目的	☐ 別途　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　☐ 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 第２：　年　月　日　☐ 都合の悪い日（　　）		
当院受診歴	☐ 無　☐ 有　診療科		

検査項目にチェックしてください	検査項目	関連記載事項
	CT ☐（単純） ☐（造影）	※部位、検査依頼希望などの詳細をご記入ください
	MRI ☐（単純） ☐（造影）	
	RI ☐ 以下RI検査のみ記入	
	DAT、MIBG、副腎皮質をご依頼の場合は下記のチェックをお願い致します	
	・飲酒に対する強い反応（DAT、副腎皮質） ☐ 無 ☐ 有	
	・併用注意薬剤（DAT、MIBG） ☐ 無 ☐ 有 薬剤名：	

ペースメーカー ICD	☐ 無 ☐ 有	体内金属	☐ 無 ☐ 有（手術　年） 部位			
歯科インプラント	☐ 無 ☐ 有	インスリンポンプ 持続グルコース測定器	☐ 無 ☐ 有	妊娠	☐ 無 ☐ 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 体重	身長　cm 体重　kg	腎機能	検査希望日３ヶ月以内の数値であること　採血日　月　日 Cr（　　）　eGFR（　　）		
喘息	☐ 無 ☐ 有（☐ 治療中 ・ ☐ 治癒）	ヨード剤アレルギー歴	☐ 無 ☐ 不明 ☐ 有 薬剤名		
糖尿病薬確認	ビグアナイド系薬剤内服 ☐ 無 ☐ 有 薬剤名 ※造影CT検査時のみ ビグアナイド系薬剤の場合、検査後48時間休薬	アレルギー	☐ 無 ☐ 有（☐ 食物 ☐ 薬剤 ☐ その他） 具体的： 症状：		
		授乳	☐ 無 ☐ 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6年7月作成