

CT・MRI検査伝票(医療機器共同利用申込書)の記載方法

入力方法

- ① 1枚目の(紹介元医療機関控)に必要な事項を入力もしくは✓(チェック)を入れてください。
- ② 入力すると2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に自動的に反映されます。

旭川厚生病院 地域医療連携室宛 直通電話:0166-33-7575 直通FAX:0166-33-8233

医療機器共同利用申込書 (CT・MRI検査)

依頼日 令和 年 月 日

紹介元医療機関機関名

住 所

電話番号

FAX 番号

医師氏名

(紹介元医療機関控)

リガナ		性別	男性 ☐ 女性 ☐	当院受診歴	有り ☐ 無し ☐
患者氏名		生 年 月 日	大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐	年 月 日	歳
患者住所	〒				
患者連絡先	自宅:	携帯:			
検査希望日時	① 令和 年 月 日 時 分	② 令和 年 月 日 時 分	※必ず平日日中に連絡の取れる連絡先をご記入ください		

傷 病 名

症状経過及び検査結果・治療経過 (必ずご記載願います)

検査部位

☐ CT検査

☐ MRI検査

頭部 ☐ 頸椎 ☐ 胸部 ☐ 胸椎 ☐ 腰部 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤 ☐ その他 () ☐ 3D

脳 ☐ 脳MRA ☐ 頭頸部 ☐ 胸部・縦隔 ☐ 乳腺 ☐ 肝臓 ☐ MRCP

腎臓・副腎 ☐ 骨盤 () ☐ 四肢 ()

頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 ()

CT検査

植込み型除細動器 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、原則、共同利用での検査は受付しておりません。

植込み型ペースメーカー ☐ 無 ☐ 有 ペースメーカー手帳をご持参下さい。(ペースメーカーの種類によって検査ができない可能性があります)

妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、原則、共同利用での検査は受付しておりません。

MRI検査

植込み型除細動器・植込み型ペースメーカー・人工内耳 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、原則共同利用での検査は受付しておりません。

脳動脈クリップ ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、確認事項あり

体内金属 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、確認事項あり

閉所恐怖症 ☐ 無 ☐ 有 妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は、検査不可

検査日 令和 年 月 日 撮影条件 KVp mAs

造影剤 担当看護師 担当技師

クリーム色の箇所は入力することができます。必要事項を入力してください。

「CT」または「MRI」に✓(チェック)を入れてください。

検査する部位の口をクリックすると✓(チェック)が入ります。希望の検査の必要な箇所に✓(チェック)を入れてください。

ペースメーカーの有無等大切な情報となります。確認の上、必ず口に✓(チェック)を入れてください。

- ③ 必要事項を入力後、印刷してください。
- ④ 2枚目を旭川厚生病院地域医療連携室へFAXしてください。
旭川厚生病院地域医療連携室 FAX:0166-33-8233(直通)
- ⑤ 検査予約が決定しましたら当院地域医療連携室より「予約確認書」と「予約票(患者さん用)」をFAXいたします。「予約票(患者さん用)」は患者さんへお渡しください。
- ⑥ 1枚目は貴院控えです。2枚目は患者さんへ渡していただき、検査当日に旭川厚生病院に持参するようにお伝えください。

手書きの場合

- ① 2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に必要な事項をご記載ください。
- ② 上記③⑤⑥を参照してください。
- ③ ご記載頂いた2枚目を患者さんへ渡していただき、検査当日当院に持参するようにお伝えください。