

CT・MRI 検査予約申込書(診療情報提供書) 書式—2

【紹介先医療機関】

JA北海道厚生連 遠軽厚生病院
〒099-0494紋別郡遠軽町大通北3丁目1番5

【ご紹介元医療機関様】

ご住所 〒 _____

年 月 日

地域医療連携科 宛

TEL 0158-42-4101(内2104)

FAX 0158-42-4177

機関名 _____ 様

医師氏名 _____ 様

科 名 _____ 科

TEL _____ FAX _____

フリガナ	
患者様氏名	様(男・女) TEL ① _____
生年月日T・S・H・R	歳 ② _____ (携帯)
住所 〒 _____	
希望検査日時 ① _____	<ul style="list-style-type: none"> ・ <input type="checkbox"/> 患者様外来にて待ちしております。 ・ <input type="checkbox"/> 患者様帰宅済み。 ・ CD-R(写真)持参の有無 ・ <input type="checkbox"/> 検査終了後持参する ・ <input type="checkbox"/> 読影結果と同日でよい ・ 歩行状態 ・ <input type="checkbox"/> 歩行可・<input type="checkbox"/> 車椅子・<input type="checkbox"/> ストレッチャー
希望検査日時 ② _____	
当院の受診歴は	初診 ・ 再診

病名

検査目的

※小児科の場合 検査予約は、事前に当院小児科医へご連絡ください。

○・レ点・記述のいずれかでチェックをお願い致します。

撮影部位	撮 影 内 容			読 影	
CT検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
<input type="checkbox"/> 造影剤使用について患者様の同意を得ている。(患者様に副作用等の説明後、必ずご記入ください)					
腎機能結果値(月 日) ; BUN() ・ クレアチニン()					
造影剤アレルギー ; <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明					
その他薬剤アレルギー ; <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明					
体内金属 ; <input type="checkbox"/> 有(具体的金属種類) ・ <input type="checkbox"/> 無					
ペースメーカー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			条件付MRI対応型ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有		
感染症 ; <input type="checkbox"/> HBV ・ <input type="checkbox"/> HCV ・ <input type="checkbox"/> MRSA ・ <input type="checkbox"/> 結核菌 ・ <input type="checkbox"/> その他()					
身長 ; cm ・ 体重 ; kg			閉所恐怖症 ; <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

※検査日が決定次第、『検査受診手続き票』をFAXにて返信いたします。