

## CT・MRI・RI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	<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。			
	②	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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			
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
RI検査		( ) シンチ			<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 <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。