

# FAX 26-5156

医療機関⇒荘内病院

## 荘内病院 CT・MRI検査 (機器共同利用) 依頼書 (FAX用)

令和 年 月 日

※ FAX予約のお返事は、平日の17:00まで  
受付した分は当日中、それ以降は翌日  
になります。

医療機関名

医師名

電話

FAX

当院ID番号

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	大・昭・平・令									
	様			年	月	日(才)							
住所	〒 -			(電話 )									
検査予約 希望日	第1希望日	月	日( )	第2希望日	月	日( )	第3希望日	月	日( )				
	※原則として、MRIは月曜日、CTは火・水・木・金曜日の3時からとなります。												
予約検査	依頼検査に☑をつけてください。			※特別な事情がない限り読影を行います。									
CT (火・水・木・ 金)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎							
	<input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> その他( )								
MRI (月)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤								
	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> その他( )									
MRIを希望する場合は 必ずチェック欄をご記 入ください。	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入れ墨	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
	心臓人工弁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	大動脈ステント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (実施年月 年 月)											
	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人工骨頭、関節、手術用クリップ、入れ歯 等)											
<p>●撮影方法を決定するために、患者様の症状や検査データ、検査目的などを下の欄にご記入ください。 ●必要に応じて、同意を得た上で造影剤を使用しますので、3か月以内の血清クレアチニン(Cre)値、 ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無を記載してください。(plainのみでよい場合は必要ありません。)</p> <table border="1"><tr><td>血清Cre値</td><td>mg/dl</td><td>、</td><td>ビグアナイド系糖尿病薬の使用</td><td>有・無</td></tr></table> <p>●診療情報提供書は、検査当日に患者さんに持参させてください。 (場合によっては、事前に診療情報提供書をFAXしていただくことがありますのでご理解下さい。)</p> <p>【検査目的など】</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									血清Cre値	mg/dl	、	ビグアナイド系糖尿病薬の使用	有・無
血清Cre値	mg/dl	、	ビグアナイド系糖尿病薬の使用	有・無									

\*ご依頼医療機関様からFAX受理後、当院から予約票をFAXしますので患者さんにお渡しください。

\*当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合があります。ご了承ください。

※紹介予約日 月 日( ) 時 分 地域医療連携室で記入