

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予約は平日の17:00までの受付した分で、それ以降は翌日のお返事となります。

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	明・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 ()	※MRIは月曜日・CTは水・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・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 (実施月日 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。</p> <p>●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> <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>					
【検査目的】			FAX予約時の患者さんの2日前からの体調		
			・37度以上の発熱 (有り・無し)		
			・呼吸器症状 (有り・無し)		
			・味、においがしない(有り・無し)		
			1ヶ月以内に海外や県外へいきましたか。		
			・ご本人 (行った・行かない)		
			・同居家族 (行った・行かない)		
			受診に付き添われる方(有り・無し)		
			付き添われる方の上記の状況		
			(有り・無し)状況()		
			血清Cre値	mg/dl	

*ご依頼医療機関様からFAX受理后、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