

地域医療連携 CT・MRI予約 申込FAX用紙

ふりがな	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日生 歳
住所	〒 _____
電話番号	() - _____
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 _____
移動方法	<input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可【要介助】 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット・ストレッチャー
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有又は可能性有【リスクについて説明済】

検査 (どちらかひとつを選択してください) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他() <small>※ 心臓CT検査につきましては、当院循環器内科の医師が診察の上、検査の適応を判断しておりますので、まずは循環器内科を受診してください。検査予約のみはお取りしておりません。</small>
検査種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影

▼造影検査をご希望の方はご記入ください。

造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【リスクについて説明済】
腎機能結果確認 eGFR () 【検査年月日 年 月 日】
ビグアナイド系経口血糖降下剤の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → eGFR30以下の方は検査後2日間服用中止

▼MRI検査をご希望の方はご記入ください。

喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ 体内金属とは、脳クリップ・心臓人工弁・プレート・ステント・人工骨頭/関節・刺青などです。

希望日 ① 月 日 () ② 月 日 () ③ いつでもよい
--

① 以下を使用されている方はMRI検査ができません。

・心臓ペースメーカー ・人工内耳 ・埋込型除細動器 ・磁石部分が脱着不能な義歯	・神経刺激装置 ・体内にある注入ポンプ ・磁力で装着する義眼
--	--------------------------------------

② その他、体内金属や閉所恐怖症の有無など、確認が必要なことがあります。ご不明な点がございましたら事前にお電話でお問い合わせください。

検査目的

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者様には別途、診療情報提供書をお渡しください。

お申込年月日: 年 月 日

紹介元医療機関 ◎所在地・名称・紹介医師名をご記入ください。 (電話番号) (FAX番号)
--