

CT・MRI検査依頼書

【予約受付時間】

平日 9:00~16:00

土曜 9:00~11:30

令和 年 月 日



医療法人 淨仁会

大泉記念病院

TEL : 0224-22-2560(地域医療連携課)

FAX : 0224-22-2580

医療法人 淨仁会 大泉記念病院

地域医療連携課 宛

【紹介元医療機関】

医療機関名 :

医師名 :

所在地 :

電話番号 : - -

FAX番号 : - -

| | | | | | | | | | | |
|-------------|--|------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|--|---|----|----|--|
| フリガナ | | | | <input type="checkbox"/> 男 | 生年 | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 | 年 | 月 | 日生 | |
| 患者氏名 | | | | <input type="checkbox"/> 女 | 月日 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 | | (満 | 歳) | |
| 住 | (〒 -) | | | 電話番号 | - - | | | | | |
| 所 | | | | | | | | | | |
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 当院ID | | | | | | | |
| 検査区分 | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI | 造影区分 | ※単純 | 読影依頼 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | | | | |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部() | | | <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰・仙) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 頸部() | | | <input type="checkbox"/> ひざ(右・左) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 胸部() | | | <input type="checkbox"/> 肩(右・左) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵) | | | <input type="checkbox"/> 四肢(右・左) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 腎臓() | | | <input type="checkbox"/> その他(部位:) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 骨盤腔() | | | | | | | | | |
| 臨床診断名 | | | | | | | | | | |
| 検査目的 | | | | | | | | | | |
| 検査前 チェック | 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 人工骨頭 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 手術歴 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 脳動脈クリップ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 妊娠(妊娠の可能性) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 冠動脈ステント | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 入墨(タトゥー) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 鼓室形成術 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 義眼 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | その他 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 義歯 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | | | | |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 当院救急車依頼 (医療機関からのみ) | | | | | | | | | |
| 検査 希望日 | <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 至急 (お問合せ下さい) | | | | | | | | | |

※ ご予約の際は、この用紙をFAXした後当院地域医療連携課までお電話下さい。

※ 検査用カルテを作成致しますので、健康保険証のコピー(あればお薬手帳のコピーも)併せてFAX願います。

※ 撮影時間帯は平日午後、土曜午前となります。(緊急時はお問い合わせ下さい)

※ CD-ROMは、特に指定が無い場合は患者様にお渡しします。