

紹介患者CT・MRI検査予約申込FAX用紙

川崎医科大学附属病院
放射線診断科 外来担当医 先生
〒 701-0192

岡山県倉敷市松島577
地域医療連携室 <予約受付時間>
直通 TEL:086-464-1567 平日 8:30~18:00
代表 TEL:086-462-1111 土曜 8:30~12:30

予約専用FAX:(086)464-1166

紹介元医療機関の所在地・名称

〒 -

医師氏名

TEL

FAX

※(緊急を要する所見の場合にご連絡を取らせていただくことがあります。
貴院時間外の緊急連絡先をご記入ください)

() -

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		☐ 男 ☐ 女	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
		旧姓：	年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話番号		
		() -		

希望検査・部位

☐ CT	☐ 頭部 ☐ 顔面 ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 聴器 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰仙椎) / ☐ 四肢 (部位:) ☐ 血管 (部位:) / ☐ 3D (部位:) / ☐ その他 ()		
☐ MRI	☐ 頭部 ☐ 頭部ルーチン ☐ 下垂体 ☐ 眼窩 ☐ 小脳橋角部 ☐ 副鼻腔 ☐ 顎関節) ☐ 頸部 ☐ 頸部 ☐ 頸部MRA) / ☐ 胸部 (☐ 胸部・縦隔 ☐ 乳房 ☐ 大動脈MRA) ☐ 腹部 ☐ 肝臓 ☐ 胆・膵(MRCP) ☐ 腎・副腎 ☐ 大動脈MRA) ☐ 骨盤 (☐ 子宮 ☐ 卵巣 ☐ 前立腺 ☐ 膀胱 ☐ その他) ☐ 四肢・関節 (☐ 右側 ☐ 左側 部位:) ☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰仙椎) / ☐ 全身骨髄 / ☐ その他 ()		
妊娠	☐ 無 ☐ 有	体内金属 ☐ 無 ☐ 有 (詳細)	
ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 →有の場合、当院ペースメーカー外来を受診頂き検査可能かどうか確認が必要です。		
造影	☐ 不要 ☐ 要 ※造影 要の場合は以下の項目を記載してください		
アレルギー	☐ 無 ☐ ヨード造影剤有 ☐ MRI造影剤有 (詳細)		
喘息	☐ 無 ☐ 有 →5年以上無治療、無症状であれば造影可能です。		
腎機能	eGFR: (ml/min/1.73m ²) /体重:(kg)/検査日: 年 月 日 (3ヶ月以内)		

●骨盤部MRIの場合は以下の項目を記載してください。

心臓病(心不全・不整脈)	☐ 無 ☐ 有	緑内障(眼圧が高い)	☐ 無 ☐ 有	甲状腺機能亢進症	☐ 無 ☐ 有
前立腺肥大(尿が出にくい)	☐ 無 ☐ 有	高血圧症(Bp200/mmHg以上)	☐ 無 ☐ 有	糖尿病	☐ 無 ☐ 有
インスリノーマ	☐ 無 ☐ 有	褐色細胞腫	☐ 無 ☐ 有		

<第1検査希望日>	年 月 日 ()	☐ 午前 ☐ 午後	当院受診歴 ☐ 有 (ID:) ☐ 無 ☐ 不明
<第2検査希望日>	年 月 日 ()	☐ 午前 ☐ 午後	
☐ いつでも可			

●被保険者証

※該当項目にチェックをお願いします。

保険者番号	
記号・番号	

☐ 交通事故 ☐ 労働災害 ☐ 生活保護

- ・ 大変お手数ですが、予約申込書時に紹介状のFAXも併せてお願い致します。
- ・ 検査結果及び検査データは、検査日翌日(休診日を除く)の午前中に速達致します。