

## 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

直通 TEL:086-464-1567

代表 TEL:086-462-1111

&lt;予約受付時間&gt;

平日 8:30~17:00

土曜 8:30~12:30

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)

( ) -

予約専用FAX:(086)464-1166

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		旧姓 :	年 月 日 ( 歳 )
住所	〒		電話番号 ( ) -

希望検査・部位

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎 ) / <input type="checkbox"/> 四肢 ( 部位: ) <input type="checkbox"/> 血管 ( 部位: ) / <input type="checkbox"/> 3D ( 部位: ) / <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 小脳橋角部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顎関節 ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA / <input type="checkbox"/> 胸部 ( <input type="checkbox"/> 胸部・縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 大動脈MRA ) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆・膵(MRCP) <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 大動脈MRA) <input type="checkbox"/> 骨盤 ( <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 ( <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 部位: ) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎 ) / <input type="checkbox"/> 全身骨髄 / <input type="checkbox"/> その他 ( )		
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 詳細 )
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ヨード造影剤有 <input type="checkbox"/> MRI造影剤有 ( 詳細 )	
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup> )	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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	緑内障(眼圧が高い)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
前立腺肥大(尿が出にくい)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	高血圧症(Bp200/mmHg以上)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
インスリノーマ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褐色細胞腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

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

●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)に郵送致します。