

## 紹介患者CT・MRI検査予約申込FAX用紙

平成 年 月 日

川崎医科大学附属病院

放射線科 画像診断部

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 8:30~18:00

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

予約専用FAX(086)464-1166

フリガナ	性別	生 年 月 日
患者氏名	男・女 旧姓( )	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所 〒	電話番号 ( ) -	

主訴・傷病名
検査目的

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"/> 骨盤部 ( <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	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

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下さい。
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ヨード造影剤有 <input type="checkbox"/> MRI造影剤有 →有の場合、その詳細( )
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:平成 年 月 日(3ヶ月以内)

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

## ● 被保険者証

保険者番号	記号番号
被保険者氏名	被保険者との続柄

## ● 公費負担医療受給者証

負担者番号
受給者番号

- ・大変お手数ですが、検査日の3日前(休診日を除く)までに紹介状のFAXもお願い致します。
- ・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。
- ・本様式は、当院のホームページからもダウンロードすることができます。