

医療機器 (MRI・CT・核医学検査) 共同利用
予約申込書 (兼・診療情報提供書)

平成 年 月 日

[予約手順]

①当院地域医療連携室に直接、電話にてご予約下さい。

電話番号:0279-23-0626(地域医療連携室直通) 内線2172, 2169

②予約日時が確定しましたら下記に必要な事項をご記入いただき、地域医療連携室へFAXをお願いします。

FAX送信先:0279-23-3294(地域医療連携室直通FAX)

予約日時		平成	年	月	日	時	分
紹介元医療機関							
機関名称及び住所							
医師名							
電話番号							
FAX番号							
患者情報							
フリガナ 氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	年	月	日 (歳)	
			連絡先電話番号				
現住所	〒 ー 市・郡 町・村 番地						
当院ID	・無 ・有 (*当院受診歴があり、番号がわかる場合は、ご記入願います。) No.						
保険証 (*コピーをFAXして頂いても構いません。)							
保険者番号		記号・番号		本人・家族			
公費負担者番号		受給者番号					
診療情報提供書							
傷病名							
検査目的							
臨床情報							
HBs抗原(+・-・未) HCV抗体(+・-・未) ワ氏(+・-・未)							
依頼項目 (○印)							
★MRI ★CT ★核医学検査							
*部位(原則として1項目)							
・頭部 ・頸部 ・胸部 ・胸部～上腹部 ・胸部～骨盤 ・腹部(肝 胆 膵 腎) ・上腹部～骨盤 ・骨盤							
・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・四肢 関節() ・乳腺(右 ・ 左) ・その他()							
*造影検査の有無 (・有 ・無) (造影検査希望の際には、下記にもご記載をお願いします。)							
・造影剤の使用歴(・有 ・無 ・不明) ・造影剤アレルギー(・有 ・無 ・不明) ・現在治療中の喘息(・有 ・無 ・不明)							
・腎機能障害(・有 ・無 ・不明) eGFR値(4ヶ月以内)(ml/min/1.73m ² (年 月 日))							
*3T MRI 注意事項 ペースメーカー、体内金属、インプラントの有無(3T MRI対応)の確認をお願いします。							
・骨シンチ ・脳シンチ ・肺シンチ(換気) ・レノグラム(腎機能) ・甲状腺							