

地域医療連携室 行 FAX 0422-44-6897

(ファクシミリ)①

画像診断依頼状(検査予約申込書)

FAX送信用

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 杏林大学医学部附属病院

担当医 放射線科 先生

予約希望日(受診日) 月 日(曜日) 時 分
 杏林大学病院への受診歴 有(年 月頃) 無
 医療機関所在地名称
 電話番号
 FAX番号
 医療機関コード

担当科 _____ 医師氏名 _____ ⑤

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	殿		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業	
住 所	TEL		

希望検査 (CT, MRI, 上部消化管, 注腸, 核医学, その他) 希望検査部位 ()	検査目的と簡単な臨床情報 (病状経過及び治療経過)
CT・MRI検査 共通項目 造影希望 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 適宜 <input type="radio"/> 有 有の場合でも担当医の判断で造影を行わないこともあります。 造影剤使用歴 <input type="radio"/> 無または不明 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 禁忌 喘息歴 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 有の場合は造影剤の使用は控えさせていただきます。 アレルギー歴 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 有の場合は具体的に記載してください。 () 感染症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 未検 <input type="radio"/> 検中 有の場合は具体的な内容を記載してください。 () <input type="radio"/> HBV <input type="radio"/> HCV <input type="radio"/> Tbc <input type="radio"/> W氏 <input type="radio"/> MRSA <input type="radio"/> その他 腎機能障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 未検 <input type="radio"/> 検中 有の場合 CCr() BUN() 有の場合は造影を行わないこともあります。	MRI検査安全管理項目 心臓ペースメーカー(禁忌) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 人工内耳 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 動脈瘤クリップ <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (MRI検査 <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否・不可) 心臓人工弁 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (MRI検査 <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否・不可) 整形外科的金属 部位や素材() その他の体内金属 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 具体的に()

この用紙は事前に検査オーダー入力とカルテを作成するためのものです。
 検査フィルムは原本貸出しとなります。フィルムが不必要な場合(検査報告書のみ)、又はコピーを希望の場合はご連絡下さい。
 FAX受付時間 平日 9:00~16:00 土曜日 9:00~12:00
 ☆受付時間外、及び申込当日のご予約はお受け出来ませんのでご了承ください。

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		公費負担医療の受給者番号	
資格取得 年 月 日 有効期限 年 月 日		公費負担者番号	
被保険者との続柄(本人・家族) 続柄の(有・無)		公費負担医療の受給者番号	
被保険者名(フリガナ) 被保険者からの患者の続柄		年 月 日から 年 月 日まで	