画像診断予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0422-44-6897 PFMセンター地域医療連携室　　記載日　　年　　月　　日

紹介先医療機関　杏林大学医学部付属病院 希望日 第一希望　月　日（　曜日）　時頃 第二希望　月　日（　曜日）　時頃 第三希望　月　日（　曜日）　時頃 ご都合の悪い日 予約希望日の記入が無い場合又はご都合の悪い日のみ記入の場合は一番早い日程でご予約をお取りいたします。	紹介元医療機関 医療機関名 （〒　－　） 所 在 地 電話番号 FAX番号 診 療 科 医 師 名　印

杏林（本院）受診歴　□無　□有（　年　月頃）　（ＩＤ　）			
フリガナ 患者氏名 （旧姓　）	性別 □男 □女	生年月日（□大正　□昭和　□平成　□令和） 年　月　日（　歳）	
住　所　（〒　－　） 電話番号　自宅　－　－　携帯　－　－			
通院状況	□外来　□入院中 （退院予定日　年　月　日）	移動手段	□単独歩行　□歩行（要介助） □車椅子　□ストレッチャー
日 本 語	□可　□不可（言語：　）	聾　唖	□無　□有
希望検査	□ＣＴ　□冠動脈ＣＴ※　□ＭＲＩ　□核医学(ＲＩ)　□心筋血流シンチ※ ※まずは当院の循環器内科の予約をお取りします。		
診 断 名		画像種類	□ＣＤ-Ｒ　□フィルム
		希望部位	
既往歴及び家族歴	*喘　息　□無　□有 ※CT・MRI検査の造影剤使用は控えさせていただきます。 *ｱﾚﾙｷﾞｰ　□無　□有（　）		
臨床経過（治療経過、投与内容等）	□別添あり		

ＣＴ／ＭＲＩ検査共通記入項目

造影剤使用歴	□無　□有　□禁忌
造影希望	□無　□有※3ヶ月以内の腎機能検査の数値を必ずご記入ください。
腎機能障害	□無　□有　□未検　□検中 検査日：　年　月　日　検査値：ＣＣｒ（　）・ＢＵＮ（　）
感 染 症	□無　□有　□未検　□検中 □ＨＢＶ　□ＨＣＶ　□ＨＩＶ　□Ｔｂｃ　□W氏　□ＭＲＳＡ　□その他（　）

ＣＴ検査記入項目

心臓ペースメーカ/ ICD	□無　□有※原則、本体部分を含む撮影不可。	ビグアナイド系糖尿病薬	□無　□有※造影希望「有」は休薬が必要。
その他の体内電子機器	□無　□有（□インスリンポンプ　□持続血糖測定器　□持続型薬剤注入ポンプ　□神経刺激装置）		

ＭＲＩ検査記入項目

心臓ペースメーカ	□無　□有※ ※まずは当院の循環器内科の予約をお取りします。	人工心臓弁	□無 □有（MRI検査：□可　□否・禁忌）
人工内耳	□無　□有※ ※まずは当院の耳鼻咽喉科の予約をお取りします。 紹介元医療機関と導入した医療機関が異なる場合は両方の紹介状をご用意ください。	整形外科的金属	□無 □有（MRI検査：□可　□否・禁忌）
		血管ステント その他の金属	□無 □有（MRI検査：□可　□否・禁忌）
その他の体内電子機器	□無 □有（MRI検査：□可　□否・禁忌）	妊　娠	□無　□有※　□可能性あり ※16週未満の撮影不可。
脳動脈瘤クリップ	□無 □有（MRI検査：□可　□否・禁忌）	閉所恐怖症	□無　□有

【FAX受付時間】平日　9：00～18：00　土曜日　9：00～12：00　（FAXは24時間受信可能）
受付時間外の申し込み分は翌診療日の返信になりますのでご了承ください。
【外来休診日】日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）・11月第2土曜日（学園創立記念日代替日）

2026.8.1更新