画像診断予約申込書(FAX送信用)

FAX用①
FAX送信先連携室 0422-44-6897

記載日: 年 月 日

紹介先医療機関 杏林大学医学部付属病院 〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2 TEL 0422-47-5511 (代表) **放射線科** 先生 第1希望 月 日(曜日) 時頃 第2希望 月 日(曜日) 時頃 第3希望 月 日(曜日) 時頃 ご都合の悪い日 月 日、 月 日、 月 日	紹介医療機関 所在地 名称 TEL FAX **担当科** **医師名** 印

※ 該当の場合は□に✓をお願いします □入院中 □ストレッチャーで来院

杏林大学病院受診歴 **有**(年 月頃)・**無**

フリガナ 患者氏名 殿(男 ・ 女)	生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日(歳)
〒 住所	TEL 携帯

希望検査 CT ・ MRI ・ 核医学	検査目的と簡単な臨床情報(病状経過及び治療経過)
検査部位 ( )	
画像種類 □ CD-ROM □ フィルム	

C T / M R I 検 査 共 通 記 入 項 目

造影希望	有の場合でも担当医の判断で造影を行わないことがあります □ 無 □ 有
腎機能障害	有の場合は造影を行わないことがあります。 □ 無 □ 有 □ 未検 □ 検中 有の場合 CCr( ) BUN( )
造影剤使用歴	□ 無 □ 有 □ 禁忌
アレルギー歴	□ 無 □ 有 有の場合は具体的に記載してください ( )
喘息歴	有の場合は造影剤の使用は控えさせて頂きます。 □ 無 □ 有
感染症	□ 無 □ 有 □ 未検 □ 検中 □HBV □HCV □Tbc □W氏 □MRSA その他 ( )

C T 検 査 記 入 項 目

心臓ペースメーカー	□ 無 □ 有 ペースメーカを含む撮像は行いません
ビグアナイド系糖尿病薬	□ 無 □ 有 造影を希望の場合は休薬が必要です

M R I 検 査 記 入 項 目

心臓ペースメーカー	□ 無 □ 有・禁忌
人工内耳	□ 無 □ 有・禁忌
上記以外の体内電子機器	□ 無 □ 有・禁忌
脳動脈瘤クリップ	□ 無 □ 有 有の場合は確認のこと MRI検査 □ 可 □ 否・禁忌
人工心臓弁	□ 無 □ 有 有の場合は確認のこと MRI検査 □ 可 □ 否・禁忌
整形外科的金属	□ 無 □ 有 具体的に記載( )
血管ステント・その他の金属	□ 無 □ 有 具体的に記載( )

☆ この用紙は事前予約とカルテを作成するためのものです。必要事項をご記入の上FAX送信して下さい。

☆ FAX受付時間 平日 9:00～18:00 土曜日 9:00～12:00
※受付時間外の申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。

☆ 紹介状は事前提供(FAX)いただけますようお願い申し上げます。

☆ 申込み日当日のご予約はお受けしておりません。

☆ 休診日: 日曜日、祝日、創立記念日(11/11)、年末年始(12/29～1/3)

☆ 医療機関FAX番号を明確にご記入願います。

紹介元医療機関 FAX番号	

保険情報

保険番号									本人
記号 番号									家族

公費負担者番号									1割
公費受給者番号									3割