検査予約申込書・情報提供書

県立十日町病院 地域医療連携室行

FAX ０２５－７５７－５６９９（直通）

送 信 日 令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

希望検査日 年 月 日 曜日

撮影部位	MRI：頭部，脊髄(頚・胸・腰)，四肢，腹部，骨盤腔				CT：頭部，頚部，胸部，腹部，骨盤腔，脊椎，四肢			
	四肢の部位（ ）				四肢の部位（ ）			
	RI：全身骨シンチ，全身Ga(腫瘍)シンチ 以上の各項目に○をお付け下さい。							
読影依頼科	内科・外科・脳外科・整形外科・婦人科・耳鼻科・泌尿器科・眼科 （希望科がありましたら○を付けて下さい。）							
受託検査曜日	月～金	月～金		月～金	月水木	木・金	月～金の午後	月・水の午後
依頼検査項目 検査に○を付けて下さい	CT	MRI	MRCP	RI (シンチ)	上部	下部	呼吸機能	骨密度
					消化管内視鏡			
ヨード過敏症の有無	有・無	有・無			上記検査の方で、下記既往歴がある場合は、○を付けて下さい ・心疾患 ・緑内障 ・前立腺肥大		下記A・B・Cに○を付けて下さい。	下記に、身長と体重の記入をお願いします。
造影剤の必要性 (○を付けて下さい)	不要	不要	不要				A. 一般 (VC.FVC) B. フルコース (VC.FVC+機能的残気量、肺拡散能力) C. フルコース＋CV	身長 cm
	要	要					身長 Cm 体重 kg	体重 kg
体重	kg	kg	kg	kg	陰性・陽性			
感染症が未検査の方は×を記入					（ ）			

・CT・MRI・MRCP・RI・骨密度検査に際しては、下記の有無に○を付け確認を御願いします。

ペースメーカー（有・無） 心臓人工弁（有・無） 体内金属（有・無） 妊娠（有・無） 疼痛処置・閉所恐怖症（有・無）

①主訴(診断名) ②検査目的(部位詳細等) ③経過 ④既往歴等 ⑤コメント(ワーファリン等の内服状況、アレルギー等の特異体質等)

保険外	□入院中の方 □ 労働災害 □公務災害 (左記の依頼は、□にチェックをお願いします。)	
フリガナ		性 別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	才
現住所		
電話番号	（ ） －	

※後日、予約案内票をＦＡＸにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

※来院の際は、**検査受診担当科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票**を添えてお申し付け下さい。

また保険証 お薬手帳 を忘れずにお持ち下さいますようお願いします。

R1・9