

# 検査予約申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

送 信 日 令和 年 月 日

FAX 025-757-5699

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(頸・胸・腰), 四肢, 腹部, 骨盤腔				CT: 頭部, 頸部, 胸部, 腹部, 骨盤腔, 脊椎, 四肢	
	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・脳外科・整形外科・婦人科・耳鼻科・泌尿器科 (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～金の午後	月・水の午後	
依頼検査項目 <small>検査に○を付けて下さい</small>	CT	MRI	MRCP	RI (シンチ)	呼吸機能	骨密度
コード過敏症の有無	有・無	有・無			一般 (VC.FVC)	下記に、身長と 体重の記入を お願いします。 撮影部位等、 上記の記入は 不要です。この 検査は整形Dr が確認します。
造影剤の必要性 <small>(○を付けて下さい)</small>	不要	不要	不要			
体 重	kg	kg	kg	kg	身長 cm	身長 cm
e G F R 値	( )	( )			体重 kg	体重 kg
・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ます。 <input type="checkbox"/> ペースメーカー(有・無) <input type="checkbox"/> 心臓人工弁(有・無) <input type="checkbox"/> 体内金属(有・無) <input type="checkbox"/> 妊娠(有・無) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院中の方 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 公務災害 (左記の依頼は、 <input type="checkbox"/> 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いたします。