

《かかりつけ医⇒北村山公立病院》

北村山公立病院FAX申込様式第1号

放射線科 紹介・予約申込書

FAX番号 0120-45-7075

年 月 日

北村山公立病院
医事情報課 地域連携係 宛
TEL 0237-43-7001(連携係直通)

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

● 紹介患者情報

フリガナ	性別 (男・女)		
患者氏名	電話番号 ()		
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
患者住所	〒 -		
北村山公立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	診察券番号

● 臨床診断、検査の目的など

--

※ 検査方法や日時を決定するうえで重要ですので、患者さんの症状や検査の目的などを必ずご記入ください。

※ MRI検査は、体内にペースメーカー・人工内耳が入っている方は、原則検査が出来ません。

磁性体脳動脈瘤クリップ・大動脈ポル弁・大動脈ステントグラフト・磁石式義歯・その他の金属が入っている方は、検査ができない場合がありますので、詳細をご教示ください。

また、**閉所恐怖症、入れ墨(タトゥー)**がある方は、検査ができない場合があります。

● 検査種別 ※ご希望の検査にチェックをお願いします。

 C T M R I

● CT検査

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> その他【 】		
造影	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	読影	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

● MRI検査

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> MRCP
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)		<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> その他【 】			
造影	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	読影	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

● 検査希望日

 明日 一週間以内 一週間以降でも可

※特にご希望日がある場合や、ご都合のよくない日などがある場合は、ご記入ください。

※ご紹介いただきましてありがとうございます。30分以内に当院からご連絡申し上げます。

※お申し込みの際は、診療情報提供書の写しも併せてお送りください。

※造影剤使用の場合は造影検査同意書及び事前問診票も併せてお送りください。