

診察・検査予約依頼書

予約申込日 年 月 日

【ご予約依頼】 診察 検査 放射線治療(火・金)

| | | | | |
|-------------|---|------------|--|--|
| ご紹介 医療機関 | | ご紹介 医師名 | 先生 | |
| 電話番号 | () | FAX番号 | () | |
| フリガナ | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 | |
| 名前 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | (才) | |
| 住所 | | 電話番号 | () | |
| 希望日 | ① 月 日 ② 月 日 (※ 都合が悪い日) | | | |

【診察申込み】

| | | | |
|-------------|---------|-------|--|
| 受診科 | 科 | 希望医師名 | |
| 受診・検査 目的 | (病名・症状) | | |

※整形外科をご希望の場合、必ずご記入下さい。

| | | | | | |
|------------|---|-----|-------|----|--|
| 当日持参 画像 | <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 持参なし | 撮影日 | 年 月 日 | 部位 | |
|------------|---|-----|-------|----|--|

【検査申込み】

| | |
|---|---|
| CT検査 どちらかに☑をつけて下さい <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 中耳腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脳血管CTA <input type="checkbox"/> 大動脈CTA <input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> 下肢動脈CTA <input type="checkbox"/> その他() |
| | ※造影CTの場合 ⇒ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用 【 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 】 ※冠動脈CTの場合 ⇒メインテート等 脈を落ち着かせる薬の服用 【 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 】 |
| MRI検査 どちらかに☑をつけて下さい <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両方 | <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA(+VSRAD) { <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 { <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 骨盤腫 <input type="checkbox"/> 肝・膵・胆(MRCP) <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 |
| | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他MRI () <input type="checkbox"/> その他MRA () |

※MRI検査予約の場合、必ずご記入下さい。
ペースメーカーの埋め込み 【 有・無 】
MRI非対応または材質不明の脳動脈瘤クリップ 【 有・無 】

※造影 CT/MRI検査予約の場合、必ずご記入下さい。

| | | | | | |
|----|----|--------------------|-------|-------|---|
| 体重 | kg | クレアチニン値 (3ヶ月以内) | mg/dl | 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|----|----|--------------------|-------|-------|---|

| | |
|---------------------|---|
| RI検査 体重 _____ kg | <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(安静) <input type="checkbox"/> ダットスキャンシンチ <input type="checkbox"/> 運動負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他 () |
| 透視検査 | <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 (下剤処方 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 紹介元) ※ 下剤処方が当院の場合、検査の3日前迄に放射線科へ受け取りにお越し下さい。 |
| 内視鏡 | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 (麻酔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 |
| 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 血管エコー 【 部位: / <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 / <input type="checkbox"/> A動脈・ <input type="checkbox"/> V動脈 / <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 下肢】 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> 骨塩定量(身長: _____ cm / 体重: _____ kg) |

【来院方法】 自己来院(独歩) 車イス ストレッチャー(救急車・搬送車含む)にて来院予定