

## 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 乳房 } ※MRI検査予約の場合、必ずご記入下さい。
	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝・脾・胆(MRCP) <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣
	ペースメーカーの埋め込み 【 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 】 MRI非対応または材質不明の脳動脈瘤クリップ 【 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 】
	<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( )

※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静脈 / <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