

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 医療機関名		ご紹介 医師名	先生
電話番号	()	FAX番号	()
フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
名前	男 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 単純・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 【有・無】 ※冠動脈CTの場合 ⇒メイントート等 脈を落ち着かせる薬の服用 【有・無】
MRI検査 どちらかに○をつけて下さい 単純・造影 右・左・両方	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA(+VSRAD【有・無】) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <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	【有・無】
----	----	--------------------	-------	-------	-------

RI検査 体重 _____ kg	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(安静) <input type="checkbox"/> ダットスキヤンシンチ <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: / 右・左 / A動脈・V静脈 / 上肢・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