

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 検査に○を付けて下さい	CT	MRI	MRCP	RI (シンチ)	呼吸機能	骨 密 度	
ヨード過敏症の有無	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。この検査は整形外科Drが確認します。
造影剤の必要性 (○を付けて下さい)	不要	不要	不 要				
体 重	kg	kg	kg	kg	身長 cm	身長 cm	
e G F R 値	()	()			身長 cm	身長 cm	
・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。