

ID	連携室担当者		
最終受診歴	年	月	日

画像診断検査予約申し込み票

年 月 日

患者さまの 情報	フリガナ	(男・女)
	氏名	
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (才)
	現住所	
	電話番号	
	保険者番号	
	記号・番号	
	公費負担者番号	
	公費受給者番号	

《紹介元医療機関名》

必要項目への記載、該当欄へ☑・○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/> MRI 検査※2	(原則として1部位です) 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎髄 上肢・下肢・その他 ()	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影※1 造影希望の場合は、半年以内の値を必ず ご記入ください。
<input type="checkbox"/> CT 検査	頭部・頸部・胸部・腹部・四肢・インプラント その他 ()	血清クレアチニン値 mg/dl または eGFR 値 ml/min/1.73mm ² 検査日: 月 日
<input type="checkbox"/> RI 検査	脳スペクト・骨シンチグラム・その他 ()	
病名・検査目的		
移動: 独歩・杖歩行・車椅子・その他 ()		
予約希望日	第1希望	月 日 () 午前・午後
	第2希望	月 日 () 午前・午後
	第3希望	月 日 () 午前・午後
画像提供方法	結果は原則としてCD-Rで所見用紙と共に紹介元医療機関に郵送いたします。 フィルムを希望される場合はお知らせください。 <input type="checkbox"/> フィルムでの提供希望	

※1 造影剤使用に関して同意・承諾をご確認のうえ☑をお願いします。
 ※1 造影希望の場合は腎機能検査 (血清クレアチニン値または eGFR 値) が必須となります。
 ※2 心臓のペースメーカー装着の方の MRI 検査はできません。