

I D			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

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		

年 月 日

《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) 経口糖尿病薬 内服：無・有()
<input type="checkbox"/> RI検査	脳スペクト・骨シンチグラム・その他()	検査日： 月 日
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。

※1 ビグアナイド系経口糖尿病薬を内服の方は、**造影剤投与48時間前から服用中止、造影剤投与48時間後より再開とする。**

※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。