

# FAX 専用 CT・MRI 検査申込書

平成 年 月 日

※本紙を診療情報提供書とともに地域医療連携室までご送付ください。

刀根山病院 地域ネットワークセンター 宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通) 06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~19:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承下さい。

〒 番号：

ご住所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

刀根山病院 診察券 (有・無)

ID 番号

--	--	--	--	--	--

検査：

希望日：

<b>CT 検査</b>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 仙 ) <input type="checkbox"/> 上肢 ( ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( )	★チェック項目 (必ず記入してください。) ①心臓ペースメーカーの有無 (CT・MRI) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合→機種名 ( ) ★下記は MRI のみ (あるものにチェック願います。) ② <input type="checkbox"/> 医療行為による各種金属異物 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> スtent・コイル <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 各種術後のクリップ <input type="checkbox"/> 整形外科的異物 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ③ <input type="checkbox"/> 義眼の使用 (着脱：可 不可 ) ④ <input type="checkbox"/> 義歯の使用 (着脱：可 不可 ) <input type="checkbox"/> マグネット式の義歯使用 ⑤ <input type="checkbox"/> 入れ墨・アイシャドー ⑥ <input type="checkbox"/> 外傷による体内金属異物 (部位： ) ⑦ <input type="checkbox"/> 妊娠、妊娠の可能性 (妊娠： 月) ⑧ <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 ⑨ <input type="checkbox"/> 不整脈 (種類： ) <input type="checkbox"/> すべて無し
<input type="checkbox"/> 単純のみ		
<b>MRI 検査</b>	脳 MRI <input type="checkbox"/> ルーチン (T1 T2 拡散強調) 整形領域 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 仙 ) <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 ) ※肩・股関節・上肢・下肢の場合は左右の選択 → (右のみ・左のみ・両方) MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部 ( <input type="checkbox"/> MRI+MRA <input type="checkbox"/> MRA のみ )	
<input type="checkbox"/> 単純のみ		
検査結果〒	<input type="checkbox"/> 所見とフィルム <input type="checkbox"/> 所見と CDR <input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> フィルムのみ <input type="checkbox"/> CDRのみ	
感染症有無	HCV ( + ・ - ) HBS ( + ・ - ) MRSA Wa-R	
備考	右欄の①~⑥にチェックをした場合、挿入日をご記入下さい。 →【 年 月 日頃】	

※診療情報提供書 (原本) は患者さまが当日お持ち下さい。

フリガナ			生	明・大・昭和・平
氏名		男	年	年 月 日
		女	月	日
住所	(〒 — )			歳
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )			