

FAX 専用 CT・MRI 検査予約申込書

年 月 日

※本紙を診療情報提供書とともに地域ネットワークセンターまでご送付ください。

大阪刀根山医療センター 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 9:00~18:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承ください。

〒番号：

ご住所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

担当者名：

診察券 (有・無)

ID 番号

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

希望日：

--

CT 検査	<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"/> 頭部 <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 (各該当項目にチェック下さい) 【CT】ICD は検査不可 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICM <input type="checkbox"/> どちらも無し ※有の場合→機種名 () 【MRI】心臓ペースメーカー、ICD、ICM は検査不可 ① <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"/> ステント・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 () ② <input type="checkbox"/> 義眼の使用 (着脱：可 不可) ③ <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 ④ <input type="checkbox"/> 入れ墨・アイシャドー ⑤ <input type="checkbox"/> 外傷による体内金属異物 (部位：) ⑥ <input type="checkbox"/> 妊娠、妊娠の可能性 (妊娠： ヶ月) ⑦ <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 ⑧ <input type="checkbox"/> 不整脈 (種類：) <input type="checkbox"/> すべて無し
<input type="checkbox"/> 単純のみ	MRI 検査 <input type="checkbox"/> 単純のみ 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)	
検査結果〒	画像 <input type="checkbox"/> 当日に患者渡し <input type="checkbox"/> 所見とあわせて郵送 所見 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 不要 ↑の場合は所見チェック不要	
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、挿入日をご記入ください →【 年 月 日頃】	

※診療情報提供書 (原本) は患者さまが当日お持ちください。

フリガナ			生	大・昭・平・令
氏名		男	年	年 月 日
		女	月	
住所	(〒 —)			
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 ()			