

# 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 9:00~19:00

(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：

検 査：

希望日：

当院 診察券 ( 有 ・ 無 )

ID 番号

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

<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 ( ) 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： ヶ月) 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	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〒	<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		男	生	明・大・昭・平
氏名		女	年	年 月 日
住所	( 〒 — )		月	歳
電話番号			日	
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 ( )			