

医療機器共同利用検査申込書兼依頼書 (診療情報提供書)

国民健康保険 五戸総合病院 中央放射線科 宛 FAX 番号:0178-61-1252

申込日:令和 年 月 日

【紹介元】

医療機関名: _____

TEL: _____

医師名: _____

FAX: _____

【紹介患者情報】

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏名		男・女	T・S・H・R	年	月 日 歳
住所	〒 ー	電話			五戸総合病院受診歴
		携帯			有・無・不明

【予約希望日】 ※ご希望に添えない場合は、個別にご連絡いたします。

予約希望日	(※検査は平日の午後2:00~4:00まで、予約30分前までにお越し下さい。)				
第1希望	年	月	日 ()	PM	時 分頃
第2希望	年	月	日 ()	PM	時 分頃
第3希望	年	月	日 ()	PM	時 分頃

【検査内容】 ※貴院書式で別に詳細な紹介状がある場合 FAX に添付をお願いします。

検査目的・診療情報等	感染症 [有・無・未]	Tbc・Hbs 抗原・HCV・HIV・MRSA・その他()			
検査種類	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	骨塩定量検査		
部位			<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 左大腿骨 <input type="checkbox"/> 右大腿骨		

【注意事項】

◎予約可能な検査時間

平日の午後2時から午後4時まで

◎FAX 予約受付時間

平日の午前8時25分から午後4時30分まで

※FAX の受信は常にいたしますが、受付時間外の予約業務は翌診療日になります。

五戸病院記入欄				
予約日	年	月	日 ()	
		時		分
ID				
	新患			再来

検査説明及び問診を行った上で、この「検査申込書」と「検査依頼書」を併せて FAX でお送りください。折り返し(30分以内)にて予約確定の FAX を致しますので患者様にお渡し下さい。

医療機器共同利用検査申込書兼依頼書（診療情報提供書）

国民健康保険 五戸総合病院 中央放射線科 宛 FAX 番号:0178-61-1252

申込日:令和 年 月 日

患者氏名	【五戸病院記入】検査日:令和 年 月 日 時 分		
様	感染症 [有・無・未]	Tbc・Hbs抗原・HCV・HIV・MRSA・その他()	
	※造影検査を行う場合は、検査前1ヶ月以内の腎機能検査結果の記載をお願いします		
検査目的・撮影指示等	腎機能(造影剤使用の場合)	eGFR()	血清Cr mg/dl
CT			
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	CT注意事項	
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部CTA	心臓ペースメーカ(ICD含)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 脳底部(眼窩・副鼻腔)	<input type="checkbox"/> 頸部(甲状腺)	※ICD本体の撮影は当院では行いません	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	以下は造影剤使用の場合のみ記入	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)	<input type="checkbox"/> 下腹部	造影剤使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 上肢(右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢(右・左)	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(肩・上腕・肘・前腕・手関節・手)	(股・大腿・膝・下腿・足関節・足)	造影剤過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> その他:		重篤な甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		ビグアナイド系糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
MRI			
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	MRI注意事項	
<input type="checkbox"/> 頭部(ルーチン・VSRAD・下垂体・内耳・眼窩・副鼻腔)		心臓ペースメーカ(ICD含)	検査不可
<input type="checkbox"/> 頸部(咽頭・喉頭・甲状腺・MRAのみ)		※MRI対応型の撮影は当院では行えません	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)		体内金属等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 腹部(肝臓・脾臓・腎臓・MRCP) ※ <input type="checkbox"/> フェリセルツ使用		※安全確認が取れない場合検査を行えません	
<input type="checkbox"/> 骨盤(子宮卵巣・前立腺・膀胱・直腸)		※腹部撮影の場合、昼食禁(水分は可)	
<input type="checkbox"/> 上肢(右・左)	(肩・肘・手関節・手)	以下は造影剤使用の場合のみ記入	
<input type="checkbox"/> 下肢(右・左)	(股関節・膝・足関節・足)	気管支喘息の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 全身DWI		造影剤過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> その他:		肝機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 左大腿骨	<input type="checkbox"/> 右大腿骨
<input type="checkbox"/> 造影剤使用についての同意(造影剤使用検査)			
私は、造影剤使用について十分な説明を受け理解しましたので、造影剤を用いた検査を受けることに同意します。			
また、救急の処置を行う必要が生じた場合には、必要な処置を受けることについても同意します。			
<input type="checkbox"/> 被ばくについての同意(CT・骨塩定量検査)			
私は、X線検査による放射線被ばくについての説明を受け十分理解しましたので、(CT・骨塩定量)検査を受けることに同意します。			
<input type="checkbox"/> MRIについての同意			
私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたので、MRI検査を受けることに同意します。			
確認日 令和 年 月 日	依頼医:		
患者または代理人氏名(署名):			続柄 []

※欄の部位にを入れ、()内には○をしてください。記載漏れがないようお願いいたします。

※MRI 検査は原則1検査1部位のみとさせていただきます。