

済生会横浜市東部病院

共同利用 CT.MRI検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくださいますようお願いいたします。

患者さんへのご注意事項(下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いいたします)

予約日時に当申込書をご持参のうえ、1階「画像診断センター(14)」受付にお越しください。

【CT検査の方】

腹部～骨盤腔の検査を受けられる方は12時までに食事(牛乳などの乳製品含む)をお済ませください。

水分は1時間前よりお止めください。

お薬の服用に関しましては、あらかじめかかりつけ医にご相談ください。

【MRI検査の方】

貼り薬、化粧、カラーコンタクト等は火傷をする可能性がございますのでお外しいたきます。

入れ歯、補聴器は故障をする可能性がございますのでお外しいたきます。

予約日時 月 日 14:00 14:30

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	電話 番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

病名・症状(主訴)

体重  kg 疑い病名: ( )

<p><b>単純CT</b></p> <p><input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>上腹部・骨盤腔 <input type="checkbox"/>その他</p>	<p><b>単純MRI</b></p> <p><input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>胸椎 <input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>骨盤腔 (昼食は抜いてください)</p> <p><input type="checkbox"/>肩関節 ( <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 ) <input type="checkbox"/>股関節 ( <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 ) <input type="checkbox"/>膝関節 ( <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 )</p> <p><b>患者さんの状況を教えてください</b></p> <p>心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒MRI不可</p> <p>脳動脈クリップ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒チタン以外MRI不可</p> <p>体内の金属 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒部位 ( ) 材質 ( )</p> <p>人工心臓弁 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>人工関節 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒<input type="checkbox"/>チタン製 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>人工内耳 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>補聴器 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>インプラント <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>妊娠の可能性 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒ ( ) 週⇒週数によりMRI不可</p> <p>閉所恐怖症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>刺青 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>
<b>画像出力方法</b>	<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム