

放射線検査予約FAX申込書（市立秋田総合病院）

（FAX 018-866-7169）

下記項目を記載し、ファックスにてお申し込みください。

紹介元医療機関名

名 称		T E L	
医 師 名		F A X	
住 所			

必要事項に ○ を付けてください。

CT検査	・頭部 ・胸部 ・頸胸部 ・頸部～腹部 ・上肢 ・頸部 ・腹部 ・胸腹部 ・胸部～骨盤部 ・下肢 ・その他() ・副鼻腔 ・骨盤部 ・腹骨盤部 ・頸部～骨盤部 ・脊椎
MRI検査	・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・上肢 ・下肢 ・その他()
RI検査	・骨シンチ ・ガリウム ・脳血流IMP ・その他()
造影剤使用	・当院に一任 ・要 ・不要
画像の提供:	原則CDで提供しますが、フィルムの貸出を希望される場合は○を付けてください。・フィルム貸出希望

ふりがな			市立病院患者番号(受診歴がある場合)	
氏 名				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住 所				
電 話	—	—	身長	cm 体重 Kg

【備考】希望日や都合の悪い日時等ございましたら、ご記入ください。

・第1希望 / ・第2希望 / ・第3希望 / []
--

【注意事項】

※胸部CTのご依頼時は、胸部レントゲン写真もご持参ください。

※食事について

- ・少なくとも検査前4時間は食事を取らないでください。(例:13時に検査予約の場合は、9時以降食事不可)
- ・水やお茶、スポーツドリンクなど水分は最低でも500ml程度とるようにして下さい。
(コーヒー、糖分の多いジュースや牛乳などの乳製品は不可。)
- ・ただし、RIは食事制限ありません。

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用の場合、検査前2日間、当日、検査後2日間(計5日間)

内服の中止が必要です。(詳細情報が必要な場合は、お問い合わせ下さい。)