

# 放射線検査予約FAX申込書（市立秋田総合病院） （FAX 018-866-7169）

下記黒枠内の項目について記載し、ファックスにてお申し込みください。

## 紹介元医療機関

名称	電話 - - FAX - -	医師名	
----	----------------	-----	--

## 患者情報

ふりがな		性別	市立病院 患者番号 (ある場合)
氏名		男・女	
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日	身長	cm 体重 kg
住所	〒 電話 - -		

予約希望日 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 /
---------	---------	---------

検査項目 該当する検査および検査部位に「レ点」を付けてください

CT 検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 頸～胸部	<input type="checkbox"/> 頸～上腹部	<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 胸～上腹部	<input type="checkbox"/> 胸～骨盤部	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 胸椎	( )
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 腹～骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸～骨盤部	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 腰椎	
MRI 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"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 肝臓EOB	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 乳腺	( )
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ		<input type="checkbox"/> 脳血流 IMP		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
造影剤使用	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 当院一任	画像の提供	フィルム希望の場合は「レ点」→ <input type="checkbox"/> フィルム希望		

造影検査を希望の場合 以下について必ず記載してください

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※ありの場合、使用造影剤 ( )			
気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※ありの場合、症状の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ピグアナイド系経口糖尿病薬の内服	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※ありの場合、検査日と前後2日の休薬必要			

MR I 検査を希望の場合 以下について必ず記載してください

体内インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※ありの場合、該当するものに「レ点」を付けて下さい			
植込型心臓デバイス	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー		<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 (ICD)		<input type="checkbox"/> 両心室ペーシング (CRT)	
	<input type="checkbox"/> 両心室ペーシング機能付き植込み型除細動器 (CRT-D)					
※デバイスありの場合、当院循環器内科のペースメーカークリニック受診が必須						
体内医療機器・金属	<input type="checkbox"/> 人工内耳		<input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置 (SCS)		<input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置 (DBS)	
	<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ		<input type="checkbox"/> その他 ( )			

○上記の枠内の内容について、全てチェック、記載されていることを確認した

確認した