# 公益財団法人丹後中央病院　CT・MRI検査申込書（紹介患者様　診療情報提供書）

地域連携相談部宛　FAX:0772-62-2852　TEL:0772-62-7730

【御紹介元情報】　年　月　日

医療機関名・所在地　〒

診療科：　御担当医師名：

TEL：　FAX：

【患者様情報】

フリガナ
氏名

当院受診歴
・有 → カルテNo（　）
・無 → 保険情報の添付又は保険情報ご記入お願い致します。

生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）　男性　・　女性

御住所
ＴＥＬ

保険者番号　記号　番号

被保険者：本人・家族　負担割合：　割　資格取得日：　年　月　日　有効期限：　年　月　日

公費　有効期限：　年　月　日

【御希望日・検査】

〈御希望日〉

〈御都合の悪い日〉

〈患者様待機状況〉
□外来待機中　□入院中　□帰宅

〈単純撮影〉
□CT　□MRI

〈検査部位〉 ※具体的にご記入下さい。
- □ 頭　部（　）
- □ 頭頸部（　）
- □ 歯科インプラント用（自費） 上顎・下顎（　）
- □ 歯科一般撮影（保険適用）上顎・下顎（下記に詳細記入必須）
- □ 頸　部（　）
- □ 胸　部（　）
- □ 腹　部（　）
- □ 骨盤部（　）
- □ 脊　椎（　）
- □ 四　肢（　）
- □ 血管系　躯幹・四肢（　）

※多部位をご希望の場合は、同日に撮影はできない場合があります。

〈データ持ち帰り方法〉
□フィルム　□ CD-R

〈臨床診断・経過〉
※御記入頂きました当書類の原本を必ず当日御持参下さい。別途診療情報提供書を御用意頂くは必要ございません。

〈手術歴（内視鏡的手技を含む）〉
□有（詳細御記入下さい）
□無

〈ＣＴ・ＭＲＩ 共通患者チェックリスト〉
- 体　重（　kg　）
- 妊娠している、また可能性がある。（いいえ・はい）
- 感染症：無 ・ 未 ・ 有（　）
- 埋め込み型心臓ペースメーカー（　無・有　）
  （メーカー名　型番）
- 埋め込み型除細動器（　無・有　）
  （メーカー名　型番）

〈ＭＲＩ患者チェックリスト〉
※1、※2「はい」の場合は（　）内もチェックお願い致します。
- 体温調整機能の異常がある、また可能性がある。（いいえ・はい）
- 閉所恐怖症、また可能性がある。（いいえ・はい）
- 長時間に渡る静止ができない。（いいえ・はい）
- 入れ墨・アートメイク等を施してい（いいえ・はい）
- 一時染毛料（増毛パウダー・白髪ファンデーション・ヘアマスカラ・ヘアカラースプレー等）を使用している。（いいえ・はい）
- 美容用金糸を使用している。（いいえ・はい）
- 鉄工所など鉄粉を浴びる可能性のある職業に就いている、また過去に就いていた。（いいえ・はい）
- 電気電子機器※1（移植蝸牛刺激装置・誘導性視床刺激装置・骨成長刺激装置・注入ポンプ・人工中耳・内耳等）が入っている、また可能性がある。（いいえ・はい）
- 体内に、強磁性体物質※2（金属片・金属粉・銃弾・脳動脈クリップ・人工耳小骨・磁力により装着する義眼・磁石部分が着脱可能な義歯・頸動脈クリップ・心臓人工弁・磁力で調整する製品・人工関節等）が入っている、また可能性がある。（いいえ・はい）
- LP/VPシャント挿入がある。（いいえ・はい）
- ステント挿入術後、8週間以内である。（いいえ・はい）

【予約受付時間】月～金曜日（8：30～17：00）、第2・4土曜日（8：30～12：00）
※上記時間帯以外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。

令和6年3月改正