

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】

フリカチ 当院受診歴
氏名 ・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 軀幹・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。

〈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〉
・ 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る。(いいえ・はい)
・ 一時染毛料※1 (増毛パウダー・白髪ファンデーション・ヘアマスカラ・ヘアカラーズプレー等) を使用している。(※MRI装置の故障原因になるため検査が行えません。)(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※2 (心臓ペースメーカー・移植蝸牛刺激装置・除細動器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※3 (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tent挿入術後、8週間以内である。(いいえ・はい)
※1、※2、※3「はい」の場合は () 内もチェックお願い致します。

〈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

【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