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　※検査部位が2か所に及ぶ場合は同日に実施できません。

〈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（　　）

〈データ持ち帰り方法〉
□ DVD

〈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〉
1 身　長（　　cm）　・体重（　　kg）
2 妊娠している、また可能性がある。（いいえ・はい）
3 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〉
4 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）
5 閉所恐怖症、また可能性がある。（いいえ・はい）
6 長時間に渡る静止ができない。（いいえ・はい）
7 入れ墨・アートメイク等を施している。（いいえ・はい）
8 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・ヘアカラースプレー等）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）
9 持続血糖測定器（Free Styleリブレ等）を装着している（いいえ・はい）
10 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）
11 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）
12 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、美容用金糸等）が入っている、また可能性がある。（いいえ・はい）
13 LP/VPシャント挿入がある。（いいえ・はい）
14 ステント挿入術後、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。

【予約受付時間】月～金曜日（8：30～17：00）
※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8年10月改正