

放射線画像診断・治療予約申込書 (FAX送信票)

国立病院機構 東近江総合医療センター 地域医療連携室宛

(FAX 0748-22-5626 / TEL 0748-22-3111)

申込医療機関名

医 師 名

T E L

F A X

令和 年 月 日

患者様事項 (氏名には必ずフリガナをお付け下さい。)	
フリガナ	
氏 名	性 別 男 ・ 女
生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生 () 歳
住 所	
T E L (- -)	
前回の受診の時と姓が変更になった方 旧姓 ()	

希 望 日	無・有 → 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()
-------	---------------------------------

【安全に検査を行うためにご記入下さい】	
造影剤使用検査	*アレルギー無・有 () *喘息 有・無 * クレアチニン ()
女性患者様	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 妊娠中でも検査必要

依 頼 検 査 項 目	検査依頼部位をいずれか一箇所に○で囲む、あるいはチェック下さい		
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	頭 部	脳・下垂体・副鼻腔・脳MRA・その他 (VSRAD)
		頸 部	頸部・頸部MRA・その他 ()
		胸 部	胸部・その他 ()
		腹 部	肝胆膵・MRCP・その他 ()
		脊 椎	頸椎・胸椎・腰椎・その他 ()
		骨 盤	子宮卵巣・膀胱前立腺・股関節・その他 ()
		上 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 上腕・肘関節・前腕・手関節・手・その他 ()
		下 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 大腿・膝関節・下腿・足関節・足・その他 ()
	R I (核医学)	骨シンチ・ガリウムシンチ・負荷心筋シンチ (Tetrofosmin) 安静心筋シンチ (BMIPP) ・脳血流シンチ ・その他 ()	
一 般 撮 影	乳房撮影・胸部撮影・その他 ()		

放 射 線 治 療	部位等
-----------	-----

連絡事項等

- ・MRIの予約に際しては、ペースメーカー装着 (検査不可)、人工心臓弁・人工骨頭等の安全確認及び入れ墨部位での本人了解をお願いいたします。
 - ・造影剤使用のCT・MRI予約依頼時は、アレルギー・喘息・クレアチニンの確認をお願いいたします。
- ※FAXでの受付は、平日8:30~17:00迄です。 時間外の申し込みにつきましては恐縮ですが、翌診療日の返信になりますのでご了承願います。