



## 画像診断検査(MRI・CT)予約依頼票

FAX 送信先:078-304-7782 (地域医療連携室あて)

### 1. 貴施設情報

送信日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴施設名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

貴施設住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

※電話予約にて予約日時が決まっている場合、予約希望日の記載は不要です。

2. 予約希望日 ①平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ②平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 3. ご紹介患者情報

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	体重		kg
患者住所	〒 _____		電話	(自宅) (携帯)			
依頼検査	MRI 検査 ・ CT 検査		告知の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
病名			撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			
検査部位							
結果の画像	CD でお渡しします。						
紹介目的・既往歴・症状経過および検査結果・治療経過・現在の処方							
次回貴院受診日 ※所見はいつまでに必要ですか _____ 年 _____ 月 _____ 日							
検査前確認事項							
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり メーカー名と機種 ( _____ )	腎機能低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 血清 Cr( _____ )mg/dL eGFR( _____ )mL/min/1.73m <sup>2</sup> 測定日( _____ )				
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的 ( _____ )				
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内服薬( _____ )				
その他体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )						
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( _____ )						
鎮静の必要、患者さんの状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。							

※下記は電話予約時の記載欄です。電話でお取りした予約日時をご記入ください。

検査予約日時:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) 時 \_\_\_\_\_ 分

お問合せ先:神戸低侵襲がん医療センター Tel:078-304-5480(地域医療連携室:受診予約専用ダイヤル)