



診療情報提供書 (FAX 紹介予約提供書)

彩の国東大宮メディカルセンター

年 月 日

地域連携室 宛

医療機関名

医師氏名

住 所

電話番号

FAX 番号

患 者	フリガナ				生 年 月 日	大 昭 平 令		
	氏 名	様 男 ・ 女				年 月 日 歳		
患 者	住 所				電 話 番 号			
	検査種別	<input type="checkbox"/> 単純 + 造影 <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造 影						
1 検査 1 部位のみ チェック可能	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 頰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎						
	T	※当日放射線科医の問診によっては造影を中止させていただく場合がありますのでご了承ください。下記の項目に記入してください。						
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	ヨードアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	eGFR	ml/min (直近 3 ヶ月以内の値をご記入ください)						
	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 頰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎						
	ABI	<input type="checkbox"/> ABI/PWV (血圧脈波) 身長 cm						
エコー	<input type="checkbox"/> 心臓							
診 断 名				紹介目的				
症状及び 検査結果 (病理診断画像診断等)								

●患者情報をもれなくご記入ください

患 者 情 報	妊婦の可能性	有 ・ 無 (有の場合はCT検査は受けられません)
	来院方法	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
患 者 情 報	ペースメーカー	有 ・ 無 (有の場合MRI検査は受けられません。一部機種ではCTも受けられません)
	体内金属	有 ・ 無
検査予約日	年 月 日 () 時 分	
地域連携室 F A X 048-665-6115		

備考 1, 予約申込の FAX 送信は平日 9:00 ~ 16:00 にお願い致します。

2, 予約日の変更希望、取り消しの場合は、検査前日(平日)の昼(12:00)までに、地域連携室へご連絡ください。

3, このCT・MRI 検査申込書に記載されている個人情報、CT・MRI 検査目的以外には利用致しません。

※ この用紙が情報提供書になりますので、別に診療情報提供書は必要ありません。