

CT・MRI・マンモグラフィ検査依頼用診療情報提供書 (FAX送信用)

FAX送信先 : 加納総合病院 地域連携室 06-6881-6530

医療機関名		電話 () -
		FAX () -
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
患者氏名	<input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳
住所	〒	電話 () - 携帯 () -
保険者番号		公費負担者番号
記号・番号		公費受給者番号
区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	老人負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割 高 (<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割)
生保	役所名	担当者名
自賠責	保険会社名	担当者名

※保険情報をご記入いただくか、保険証をFAXして下さい。

依頼項目を○で囲んでください。

希望日	第一希望 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	第二希望 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 3DCT <input type="checkbox"/> 3DCTA	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 甲状腺 その他 ()
MR	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 その他 ()
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	
病名		
検査目的 病状経過 既往歴等		

特記事項

MRIの場合	ペースメーカー等体内の金属・磁性体の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒MRIは可能かご確認下さい
CTの場合	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒検査はできません
造影CTの場合	ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒検査2日前から2日後まで計5日間休薬して下さい。
造影CT 造影MRI	1ヶ月以内の血液検査結果 血清クレアチニン値 ()mg/dl eGFR () *eGFR<60ml/分/1.73m ² は、造影検査はできません。 *維持透析をされている場合、造影CTは受けることができます。検査後、透析を行って下さい。 気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒検査はできません 造影できない場合 <input type="checkbox"/> 単純を希望 <input type="checkbox"/> 検査は不要
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名か、どのような時に使用した薬かご記入下さい。()
画像	<input type="checkbox"/> 当日、患者様にCD-Rをお渡しします。 <input type="checkbox"/> フィルムを希望する。
所見	<input type="checkbox"/> 希望する(後日、貴院宛に郵送いたします。) <input type="checkbox"/> 希望しない

【お問い合わせ・連絡先】

加納総合病院 地域連携室
TEL 06-6351-5381(代)
06-6351-9810(直通)

お知らせ

・診察の都合によっては、お待たせすることがございますのであらかじめご了承下さい。
・造影検査は、検査予定の30分ほど前に外来で検査の説明をいたします。

診療情報提供書、予約通知書、保険証等は、ご来院の当日受付へご提出いただくようご本人様にお伝え下さい。