

画像検査用FAX検査予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX:048-613-3925

令和 年 月 日

JCHOさいたま北部医療センター
〒331-8625
埼玉県さいたま市北区宮原町1-851
地域医療連携室 TEL 048-653-7858

貴院の名称
所在地
医師名

診療科 内科 / 放射線科

TEL()

医師名

FAX()

(希望医師名がない場合は記入不要)

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
当院受診歴	有・無		電話	()			

検査希望日	第1希望日	令和	年	月	日	午前・午後
	第2希望日	令和	年	月	日	午前・午後
	第3希望日	令和	年	月	日	午前・午後
	いつでもよい					

検査名の※印に該当する箇所を記入をお願いします。

検査依頼	画像診断	<input type="checkbox"/> X-P 部位【 】 <input type="checkbox"/> CT (単純) 部位【 】※1 <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) 部位【 】※1 ※2 ※5 <input type="checkbox"/> MRI (単純) 部位【 】※1 ※3 <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) 部位【 】※1 ※2 ※3 <input type="checkbox"/> 食道・胃X線検査 ※4 <input type="checkbox"/> 超音波 (甲状腺 ・ 腹部 ・ 心エコー ・ その他【 】) ※1 <input type="checkbox"/> その他 () ※1					
		※1 身長 _____cm 体重 _____kg ・ 妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
		※2	血清CRE値 _____mg/dl 喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 検査前3時間禁食(水分は可)	※3	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頭蓋内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 心臓及び血管内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		※4 ブスコパン注 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
		※5 糖尿病治療薬(ビグアナイド系)の内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服されている場合は検査前後48時間の休薬が必要です。					
		<ご注意> 画像診断検査は検査部位が腹部の場合、造影検査の場合、検査前3時間は禁食です(検査1時間前まではお水のみ可) 腹部超音波検査の場合は概ね5時間は禁食です(お水のみ可)					
		検査部位・目的・症状・経過等					

※必要事項を記入し、下記番号へFAXいただければ予約をお取りできます。

FAX:048-613-3925