FAX検査予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX:048-613-3925

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1-851
地域医療連携室　TEL　048-653-7858

令和　　年　　月　　日

貴院の名称
所在地
医師名

診療科　　内科　/　放射線科

医師名
（希望医師名がない場合は記入不要）

TEL(　　)

FAX(　　)

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※印に該当する箇所に記入をお願いします。

検査依頼　画像診断

□ X－P　部位【　　】
□ C T（単純） 部位【　　】※1
□ C T（単純＋造影） 部位【　　】※1 ※2 ※4
□ MRI（単純） 部位【　　】※1 ※3　□ MRCP
脳MRI追加検査　□ MRA □ VSRAD
□ MRI（単純＋造影） 部位【　　】※1 ※2 ※3
□ 超音波（甲状腺・腹部・心エコー・その他【　　】）※1
□ 骨密度

※1　身長 _____cm　体重 _____kg　・妊娠　□無　□有

※2	※3 ペースメーカー	□無	□有
血清CRE値_____mg/dl	頭蓋内金属	□無	□有
喘息　□無　□有	心臓及び血管内金属	□無	□有
検査前3時間禁食(水分は可)	その他体内金属	□無	□有

※4　糖尿病治療薬(ビグアナイド系)の内服　□無　□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