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

TEL(　　)

医師名
（希望医師名がない場合は記入不要）

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【　　】	□骨密度
		□ＣＴ	頭部・頸部・胸部・全腹部・肝～腎・その他【　　】 撮影部位に○をしてください。その他の場合は部位を記入してください。 単純 ※1・造影 ※1 ※2 ※4
		□ＭＲＩ	脳・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)・膵胆道MRCP・その他【　　】 追加検査　□MRA　□VSRAD　※必要時レ点をご記入ください。 撮影部位に○をしてください。その他の場合は部位を記入してください。 単純　※1 ※3　・造影　※1 ※2 ※3 ※4
		□超音波	(甲状腺　・　腹部　・　心エコー　・　その他【　　】)※1
		□その他	【　　】※1
		※1	身長 _____cm　体重 _____kg　・妊娠　□無　□有
		※2 血清CRE値_____mg/dl 喘息　□無　□有 検査前3時間禁食(水分は可)	※3 ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　□無　□有 頭蓋内金属　□無　□有 心臓及び血管内金属　□無　□有 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