

検査予約申込書
【放射線科専用】

FAX用

中電病院 医療支援室 行

年 月 日

FAX (082)246-7699

(受付時間 平日8:30~17:00)

紹介元医療機関

医療機関名

医師名

電話番号 () -

FAX番号 () -

<お願い>送り先誤りのないよう十分ご注意ください。

☆紹介患者さまが来院されるまでにカルテを作成します。お手数ですが下記必要事項をご記入の上、ご送信いただきますようお願い申し上げます。

【中電病院受診歴 有 (ID番号) 無 】

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	(M・T・S・H・R) 年 月 日 (西暦)
住所		電話番号	() -

*保険証のコピーを併せてFAXいただく場合は、記入不要です。

保険証番号	
記号	
番号	
資格取得日	年 月 日
有効期限	年 月 日
被保険者名	

公費番号①	
受給者番号	
公費番号②	
受給者番号	
老人負担割合	1割 3割
続柄	本人・家族・従業員

診療情報			
検査方法	<input type="checkbox"/> 【CT】検査部位 () 造影剤使用 <input type="checkbox"/> 無 造影剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定 ⇒ <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内の腎機能データを添付ください。* eGFR=45以上 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無 <input type="checkbox"/> 喘息無 以上をご確認ください。 *ビグアナイド系薬剤の検査前2日、後2日の休薬が必要です。		
	<input type="checkbox"/> 【MRI】検査部位 () 造影剤使用 <input type="checkbox"/> 無 造影剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定 ⇒ <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内の腎機能データを添付ください。* eGFR=30以上 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無 <input type="checkbox"/> 喘息無 以上をご確認ください。		
	<input type="checkbox"/> 【X線撮影】検査部位 ()		
★ペースメーカーの有無	(有・無)	★埋め込み型除細動器の有無	(有・無)

※腎機能低下、造影剤アレルギー、喘息のある方は造影検査は出来ません。

※ご依頼の際に、造影剤使用が未定の場合は、当院放射線診断医師が判断いたします。

希望日時	<input type="checkbox"/> あり	① 月 日 午前・午後 ()
		② 月 日 午前・午後 ()
	<input type="checkbox"/> なし	③ 月 日 午前・午後 ()

医療支援室 【休診日】 土・日・祝・年末年始(12月29日~翌1月3日)・5月1日

【連絡先電話番号】 082-246-7695