

画像診断予約申込書(FAX送信用)

杏林大学医学部付属杉並病院

患者支援センター地域医療連携係

FAX 03-6382-4460

TEL 03-5340-5104(直通)

記載日

2024年10月9日

検査希望日 第一希望 月 日 (曜日) 時頃 第一希望 月 日 (曜日) 時頃 第三希望 月 日 (曜日) 時頃 ご都合の悪い日 予約希望日の記入が無い場合又はご都合の悪い日のみ記入の場合は一番早い日程で ご予約をお取りいたします。	紹介医療機関医療機関名 所在地〒 電話番号 FAX番号 診療科名 医師名
当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月頃) ID	
フリガナ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 患者氏名 (旧姓)	生年月日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
住所 〒 電話番号 自宅 携帯	
通院状況 <input type="checkbox"/> 外来 (退院予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院中	移動手段 <input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 歩行(要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
嚙唾 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	日本語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(言語)
紹介希望検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	画像種類 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム
検査部位 1回の検査に対し部位	
傷病名・臨床経過 (病状経過及び治療経過・既往歴・家族歴・処方等)	紹介状は事前にご提供(FAX)ください
C T / M R I検査共通記入項目	
造影希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※「有」の場合は3ヶ月以内の腎機能検査の数値を必ずご記入ください。	喘息歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※「有」の場合は造影剤の使用を控えさせていただきます
腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 検中 検査日: 年 月 日 CCr() BUN() eGFR()	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 検中 H B V・H C V・H I V・T b c・W氏 M R S A・その他()
造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 禁忌	アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細)
C T 検査記入項目	
心臓ペースメーカー/ICD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※原則、本体部分を含む撮像は行いません。	ビグアナイド系糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※造影希望「有」の場合は休薬が必要です。
M R I検査記入項目	
心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※当院の循環器内科の予約をお取りします。	人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)
人工内耳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※まずは当院の耳鼻咽喉科の予約をお取りします。 紹介元医療機関と導入した医療機関が異なる場合 両方の紹介状が必要となります。	整形外科的 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌) 金属 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)
上記以外 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)	血管ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌) その他の金属
脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※16週未満は撮影できません。 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【FAX受付時間】 平日9:00~16:30 土曜日9:00~12:00 (FAXは24時間受信可能)

受付時間外の申し込み分は翌診療日の返信になりますのでご了承ください。

【外来休診日】 日曜、祝日、年末年始(12/29~1/3)、創立記念日(11/11)