

# 画像診断予約申込書 (FAX送信用)

杏林大学医学部附属病院  
患者支援センター地域医療連携  
FAX 0422-44-6897

TEL 0422-44-0901 (直通)

記載日 年 月 日

検査希望日 第一希望 月 日 ( 曜日 ) 時頃 第二希望 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 <span style="float: right;">印</span>	
杏林受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃 ) ( I D )			
フリガナ 患者氏名  (旧姓 )		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (大・昭・平・令)  年 月 日 ( 歳)
住 所 (〒 - )			
電話番号 自宅 - - 携帯 - -			
通院状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 年 月 日)	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
嚥 唾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	日本語	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (言語: )
希望検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 核医学		
希望部位	画像種類 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム		
臨床経過 (病状経過及び 治療経過等 をご記入ください)	紹介状は事前にご提供 (FAX) ください。		
CT/MRI 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 値: CCr ( ) BUN ( )	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 検中 HBV・HCV・HIV・Tbc・W氏 MRSA・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: ]
CT 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。
MRI 検査記入項目			
心臓ペース メーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ ※まずは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は両方の紹介状が必要となります。	整形外科的金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)
上記以外の体内 電子機器	<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・ その他の金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI検査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否・禁忌)
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※ <input type="checkbox"/> 可能性あり ※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 9:00~18:00 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)