

## CT・MRI検査予約申込書兼診療情報提供書(紹介状)

FAX番号 0875-56-3306

令和 年 月 日

三豊総合病院 地域医療連携室 宛 受診希望科 放射線 科 受診希望日 令和 年 月 日 都合の悪い日 ( )	紹介元医療機関名 医師名 (印) FAX番号
--	------------------------------

ふりがな 患者氏名 患者住所 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 現在貴院にて ( 入院中 ・ 通院中 ) (どちらかに○印をお願いします) 当院受診歴( あり ・ なし ) 三豊総合病院 ID (おわりの場合ご記入ください。)	性別( 男 ・ 女 ) 旧姓( ) 電話番号( ) -
---	--------------------------------

※【臨床診断】【検査目的】【その他コメント】は必ずご記入ください

【臨床診断】
【検査目的】
【その他コメント】

一般撮影	胸部 ・ 腹部 ・ その他( )
CT検査 造影( 有 ・ 無 )	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ その他 ( ) 聴器 ・ 副鼻腔 ・ 脳動脈3D-CT ・ 心臓CT ・ 骨盤 ・ 下肢動脈CT
【造影チェックリスト(造影ありの場合のみ)】	
<input type="checkbox"/> ヨード造影剤使用経験 (有の場合は副作用 無 ・ 有 ) <input type="checkbox"/> ヨード過敏症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 全身状態低下 <input type="checkbox"/> 重篤な腎障害 <input type="checkbox"/> 気管支喘息	
<input type="checkbox"/> 放射線被ばくに関する説明済	

MRI検査 造影( 有 ・ 無 )	頭部 ・ 腹部 ・ MRCP( 膵 ・ 胆管 ) ・ 骨盤部 ・ 脊椎( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ) 頭部(認知症) ・ 内耳道 ・ 副鼻腔 ・ 下肢動脈 ・ 下肢静脈 その他( )
【MRIチェックリスト】	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 手術歴 ( )	
【造影チェックリスト(造影ありの場合のみ)】	
<input type="checkbox"/> MRI造影剤使用経験 (有の場合は副作用 無 ・ 有 ) <input type="checkbox"/> 重篤な腎障害	

医療関係者各位

- 1 折り返し返信する“紹介患者様の受診日のお知らせ”と“診療情報提供書”を患者様にお渡しください。
- 2 当日は保険証を必ず持参していただくようお願いください。
- 3 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
- 4 患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

※予約状況により、ご希望にお応えできない場合があります。

その場合、連絡を差し上げ調整の上、予約日時を決めさせていただきます。ご了承ください。

お問い合わせ先	三豊総合病院 地域医療連携室 0875-56-3305(直通)
---------	---------------------------------