

依頼元医療機関名

住所 所名
医師 番号
電話 番
FAX 番号

年 月 日

当院 使用 欄	— —

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	当院の受診歴
氏名	旧姓 ()	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	〒 (-)			
電話番号	自宅 () -		携帯電話 () -	
希望日	*複数希望日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いつでも可			
現状	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 来院方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス			

→入院中で受診される場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡してください。

◎紹介状の宛先は検査項目担当医でお願いいたします。(例:CT担当医、エコー担当医)

<input type="checkbox"/> CT	※必ずチェック→ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 クレアチン値: () mg/dl 検査日: _____ *検査予定日の6ヵ月以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 (目的臓器)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰) <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> MR	※必ずチェック→ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 クレアチン値: () mg/dl 検査日: _____ *検査予定日の6ヵ月以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳・頭部血管 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰)	
	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 腹部 (部位) <input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※体内の金属 <input type="checkbox"/> 有 () ※ペースメーカーがある場合は機種名を記入の上、必ず事前連絡してください。		
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡	
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 75歳以上・虚弱な患者様に対する大腸内視鏡検査は、入院が必要となる場合があるため、検査予約ではなく消化器内科の診察予約をお願いいたします。	
	<input type="checkbox"/> 検査のみ可能と判断 但し、明らかに入院が不要と判断された患者様は、検査予約のみも可能です。	
<input type="checkbox"/> 生理検査	<input type="checkbox"/> エコー (心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈 ・ 末梢動脈血管 ・ 末梢静脈血管)	
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 神経伝導速度	
	<input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> ツチガラム	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 負荷心筋 (薬剤・運動) <input type="checkbox"/> 心筋交感機能 (MIBG) <input type="checkbox"/> 腎動態 (レノグラム)	
	<input type="checkbox"/> DAT <input type="checkbox"/> 脳血流 (認知症) <input type="checkbox"/> 脳血流定量検査 (安静のみで負荷は行っていません)	
	<input type="checkbox"/> 心筋ピロリン酸 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※検査に使う薬剤は当日の予定時刻に合わせて準備します。キャンセルされる場合は必ず前日までにご連絡ください。		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PEG交換 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【予約時のお願い】

※申込書(この用紙)は紹介状になりません。
※当日紹介状の原本を持参されない場合は、検査を受けていただけ
ませんので必ず持参ください。

入力者	確認者