

# 【造影用】

# 検査予約依頼票 A

製鉄記念室蘭病院 提出用

(患者紹介状・診療情報提供書)

(検査依頼先)

年 月 日

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携室 行き

FAX 0143-47-4305 TEL 0143-47-4304

(依頼元)

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

検査予定日 月 日( ) 時 分頃

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)	男・女
患者氏名				
患者住所	〒 - 自宅TEL 日中連絡先TEL			
予約希望日	第1希望 月 日( )	第2希望 月 日( )	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり( )		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日( )	

種類	部位・項目	造影	絶食	備考
検査名を○で囲む	CT 頭部・胸部・ 腹部・骨盤・ その他( )	有	なし ※腹部のみ朝食 又は昼食絶食・ 水分可	専門医のコメント: 必要・不要
	冠動脈CT コアベータ使用 (可・否)			ヨード過敏 無・有
	MRI 検査部位をご記入ください	有		ペースメーカー・ICD 無・有
				体内金属 無・有
				クレアチニン値 _____mg/dl
				またはeGFR値 _____mL/min
				検査日より6ヶ月以内の腎機能の確認をお願いします。 GFR<30の場合は単純CTへの変更をご検討ください。 ※GFR<30で造影検査を希望される場合は以下に チェックをお願いします。
				<input type="checkbox"/> 腎機能低値での造影検査に同意します
検査目的 (病名・疑い病名を含む)				
現在の処方	必ず記載をお願いします。記入しきれない薬剤情報は、別紙添付してください。 ※造影CT:ビグアナイド系糖尿病薬服用中の場合、検査前48時間と検査後48時間の休薬が必須です。 ※NSAIDsは使用を推奨しません。前後24時間の休薬をご検討ください。			
既往歴及び家族歴	※ 食物・薬物アレルギー 無・有( )			
備考 (患者に関する留意事項)				
添付資料	無・有 X線画像データ・内視鏡画像データ・その他( )			

○保険証のコピーもFAXしてください。

なお、保険証コピーのFAXができない場合には、下の主保険・併用保険の番号等を必ずご記入願います。

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
	負担者番号	受給者番号	
併 用 保 険			

○予約が完了しましたら、「検査予約受付票・検査予約票」をFAXいたしますので、「検査予約票(受診者用)」を切り離し患者様にお渡しください。また、この【**【造影用】検査予約依頼票A**】を紹介状入れ封筒(緑色)に入れ、患者様に持参させてください。

○CT・MRIの画像を検査当日に必要なとする場合には、その旨お申し出ください。

※受診・検査料につきましては当院でのレセプト請求となりますので、貴院に対するご請求はありません。