

# 【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)

2020. 8版

(検査依頼先)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き  
FAX0800-800-4305 TEL0800-800-4304

(依頼元)  
医療機関名  
所在地  
TEL  
FAX

年 月 日

検査予定日 年 月 日( ) 時 分頃

医師氏名

㊞

(フリガナ)			
患者氏名		男・女	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)	製鉄記念病院受診歴(有/無)	*有の場合 科 年 月頃
患者住所	〒 自宅TEL( ) - 連絡先TEL( ) -		
予約希望日時 (第一希望)	年 月 日( )	予約希望日時 (第二希望)	年 月 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 その他( )	有	なし (腹部のみ、朝食 または昼食 水分は可)	専門医のコメント:必要・不要 造影剤過敏: 無・有 体内外金属: 無・有 心臓ペースメーカー: 無・有 腎機能異常: 無・有
	冠動脈CT コアヘータ使用(可・否)			
	MRI 検査部位をご記入ください	有		(クレアチニン値: mg/dl)

検査目的 (傷病名・症状 疑い病名を含) その他所見	
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:ピグアナイド系糖尿病薬服用中の場合、「受ける前48時間と受けた後48時間の休業」が必須です。

既往歴及び家族歴	*食物・薬物アレルギー (有・無)
備考 (患者に関する留意事項)	
添付資料	有・無 X線フィルム・内視鏡フィルム・その他( )

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人
			2. 家族
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	老人医療自己負担
			1. 割 2. 割

- 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の写真を検査当日に必要とする場合には、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。