

独立行政法人 国立病院機構 **嬉野医療センター** 検査予約申込書

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター

外来検査担当医師 宛

西暦 年 月 日

(紹介元)
医療機関名
(スタンプ可)

所在地

TEL/FAX

・検査の希望日時

※ 第一希望 月 日 () 時
 ※ 第二希望 月 日 () 時
 ※ 第三希望 月 日 () 時

※必ずご記入下さい。

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL ()		
紹介目的	検査及び医療被ばく説明 有 <input type="checkbox"/> (CT・RI検査のみ)			
臨床診断・ 検査の主眼点 ・既往歴	eGFR値			
	同採血日		年 月 日	

【検査項目】

↓ 依頼される検査のに✓印をつけて下さい。

① 検査種類

・ C T 脳 副鼻腔 中耳 頭頸部
 胸部 腹部 骨盤腔 上腹部～骨盤腔
 CTアンギオ 部位() その他()

・ M R I 頭部 頭部+MRA 後頭蓋窩
 眼窩 頭頸部 胸部 腹部 後腹膜
 骨盤腔 頸椎 胸椎 腰椎 その他()

・ R I 骨 その他()

・ 超音波 腹部 頸部(甲状腺) 乳腺

② CT・MRIでの造影希望 : 無 ・ 有

③ MRI・造影MRI・造影CTの場合、以下の説明同意書を必ず予約時、申込書と共にFAXして下さい。

・ M R I → MRIの説明同意書
 ・ 造影MRI → MRIの説明同意書 + MRI用造影剤の説明同意書
 ・ 造影CT → CT用造影剤の説明同意書

※ MRI検査を依頼される際は、MRI検査が禁忌となる治療を受けていないか、ご確認下さい。また喘息や、同種造影剤でのアレルギー歴がある患者様では、造影剤での検査は原則禁忌となります。
 慢性腎不全の4期・5期、人工透析中、急性腎不全の患者様では、腎性全身性線維症(NSF)と呼ばれる重い副作用が生じる可能性があり、造影MRIは禁忌となります。
 詳しくは、配布してある説明・同意書の裏表紙を参照して下さい。

※ 検査の画像はCDでのお渡しになります。

FAXでの検査申し込みのご案内 地域医療連携室 (予約専用)

FAX番号 0120-473-489

▶ 予約受付時間：平日 8:30 ~ 16:00 (FAXは24時間受け付けますが、平日16:00以降、土・日祝祭日の場合、お返事は後日になります。)

診療情報提供書

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター

外来検査担当医師 宛

西暦 年 月 日

(紹介元)
医療機関名
(スタンプ可)

所在地

TEL/FAX

・検査の希望日時

※ 第一希望 月 日 () 時
※ 第二希望 月 日 () 時
第三希望 月 日 () 時

※必ずご記入下さい。

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL ()		
紹介目的	検査及び医療被ばく説明 有 <input type="checkbox"/> (CT・RI検査のみ)			
臨床診断・ 検査の主眼点 ・既往歴	eGFR値		同採血日	年 月 日

① 検査種類

- ・ C T 脳 副鼻腔 中耳 頭頸部
 胸部 腹部 骨盤腔 上腹部～骨盤腔
 CTアンギオ 部位() その他()
- ・ M R I 頭部 頭部+MRA 後頭蓋窩
 眼窩 頭頸部 胸部 腹部 後腹膜
 骨盤腔 頸椎 胸椎 腰椎 その他()
- ・ R I 骨 その他()
- ・ 超音波 腹部 頸部(甲状腺) 乳腺

② CT・MRIでの造影希望 : 無 ・ 有

③ MRI・造影MRI・造影CTの場合、以下の説明同意書を必ず予約時、申込書と共にFAXして下さい。

- ・ M R I → MRIの説明同意書
- ・ 造影MRI → MRIの説明同意書 + MRI用造影剤の説明同意書
- ・ 造影CT → CT用造影剤の説明同意書

※ MRI検査を依頼される際は、MRI検査が禁忌となる治療を受けていないか、ご確認下さい。また喘息や、同種造影剤でのアレルギー歴がある患者様では、造影剤での検査は原則禁忌となります。

慢性腎不全の4期・5期、人工透析中、急性腎不全の患者様では、腎性全身性線維症(NSF)と呼ばれる重い副作用が生じる可能性があり、造影MRIは禁忌となります。

詳しくは、配布してある説明・同意書の裏表紙を参照して下さい。

※ 検査の画像はCDでのお渡しになります。