

放射線科画像診断検査申込書 (FAX 用)

上越総合病院 患者サポートセンター FAX 番号 (直通) 025-524-3140

令和 年 月 日

【紹介元】

医療機関名 _____

TEL : _____

医師名 _____

FAX : _____

【紹介患者情報】

フリガナ 氏名:	男 女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 () 歳
住所:	電話番号:	当院受診歴 有 ・ 無

検査内容

CT 検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影
	部位 [頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他()]	
MRI 検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影
	部位 [頭部 ・ その他()]	

CT 検査 (造影の場合のみご記入下さい)

	過去の造影剤使用歴	なし	あり
	ヨード造影剤の副作用歴	なし	あり (具体的に)
	気管支喘息の既往歴	なし	あり
	腎機能 (3ヶ月以内の eGFR 値)	eGFR 値	(検査日)
	(換算表がない場合は血清クレアチニン値)	血清クレアチニン値	mg/dℓ
	ビグアナイド系糖尿病薬	なし	あり

MRI 検査 (④~⑥は造影の場合のみご記入ください)

①	体内・体表金属	なし	あり
②	入れ歯	なし	あり
③	妊娠(の可能性) 12週以下は禁忌	なし	あり (週)
④	MRI 造影剤の副作用歴	なし	あり (具体的に)
⑤	気管支喘息の既往歴	なし	あり
⑥	腎機能 (3ヶ月以内の eGFR 値)	eGFR 値	(検査日)
	(換算表がない場合は血清クレアチニン値)	血清クレアチニン値	mg/dℓ

検査日でご都合の悪い日がありましたらご記入ください。()

*FAX 受付時間 平日 午前 8:30~午後 4:00

*折り返し(およそ 20 分後)『予約確認票』を FAX 致しますので患者様にお渡し下さい。

*受付時間外に FAX を送信された場合の対応は、翌診療日になります。

ご不明な点がございましたら、患者サポートセンターへお問い合わせ下さい。

上越総合病院 患者サポートセンター
TEL 025-524-3000 (代表)
FAX 025-524-3140 (直通)