

## 【相模原中央病院 検査予約申込書(診療情報提供書)】

FAX: 042-751-5388 令和 年 月 日

患者情報		紹介元医療機関名	
ふりがな			
患者氏名	男・女		
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒 -	医師名	
		先生	
		TEL ( ) -	
		FAX ( ) -	

 貴院入院中     貴院通院中     当院受診歴あり( ID番号: )

検査希望日: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		① 令和 年 月 日 ( 曜日 ) AM・PM
		② 令和 年 月 日 ( 曜日 ) AM・PM
検査項目	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> その他( ) <撮影方法> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(※ 体重ご記入下さい   kg) ★造影希望の場合→ BUN 値:   Cre 値: 【安全項目チェック】 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 体内金属性異物
	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他( ) <撮影方法> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(※ 体重ご記入下さい   kg) <input type="checkbox"/> 血管造影 3D・CTA( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸～腹部 <input type="checkbox"/> 両下肢 動脈) ★造影希望の場合→ BUN 値:   Cre 値:
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 表在(部位: )
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	腰椎+左股関節 ※両方に体内金属がある場合は要問い合わせ ※月・火・水・金の午後のみ
	<input type="checkbox"/> X線撮影	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー(フィルムのみ) <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 透視	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 <b>【既往歴チェック】</b>
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 不整脈(心房細動) <input type="checkbox"/> 前立腺肥大
【感染症】	<input type="checkbox"/> HCV (+,-,未) <input type="checkbox"/> HBS (+,-,未) <input type="checkbox"/> 梅毒(+,-,未) <input type="checkbox"/> 検査中	
【必要な検査結果】	<input type="checkbox"/> レポート+CD-R <input type="checkbox"/> レポート <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 当日手渡し(CD-R)	
【主訴及び傷病名】		
現病歴・治療経過		
検査目的・留意事項		
その他参考となる情報		

## 📎 注意事項

■ MR・造影検査の方は問診票・同意書の記入が必要になります。問診票・同意書につきましてもFAXをお願い致します。

■ 事前にカルテを作成させていただきますので、この検査申込書と同時に保険証の写しもFAX送信をお願い致します。