

【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		医師名 先生 TEL () - FAX () -
患者氏名	男・女	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
住 所 〒	-	

☐ 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: ☐ なし ☐ 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	☐ MR	☐ 頭部 ☐ 頭部 MRA ☐ 胸部 ☐ 頸部 ☐ 脊椎(頸・胸・腰) ☐ その他() <撮影方法> ☐ 単純 ☐ 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】 ☐ ペースメーカー ☐ 人工心臓弁 ☐ スtent ☐ 脳動脈クリップ ☐ 体内金属性異物
	☐ CT	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他() <撮影方法> ☐ 単純 ☐ 造影(※ 体重ご記入下さい kg) ☐ 血管造影 3D・CTA(☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸～腹部 ☐ 両下肢 動脈) ★造影希望の場合→ BUN 値: Cre 値:
	☐ 超音波	☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 頸動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 乳腺 ☐ 表在(部位:)
	☐ 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
	☐ X線撮影	☐ マンモグラフィー(フィルムのみ) ☐ その他()
	☐ 透視	☐ 胃透視 ☐ 注腸 【既往歴チェック】
	☐ 内視鏡	☐ 上部 ☐ 下部 ☐ 緑内障 ☐ 不整脈(心房細動) ☐ 前立腺肥大
【感 染 症】		☐ HCV (+, -, 未) ☐ HBS (+, -, 未) ☐ 梅毒 (+, -, 未) ☐ 検査中
【必要な検査結果】		☐ レポート+CD-R ☐ レポート ☐ CD-R ☐ その他() ☐ 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。

医療法人社団徳寿会 相模原中央病院 地域連携推進室 TEL:042-751-5387 FAX:042-751-5388