

◆ ◆ FAX受付時間：平日8:30～17:00 土8:30～12:00(第1・3) ◆ ◆

恐れ入りますが、この申込書と一緒に“診療情報提供書・健康状態行動歴問診票”の送付もお願い致します。

※検査のみ(結果説明なし)での申込となります。 ※検査時間については基本、午後となります。

HITO( ID )		紹介元医療機関名
フリガナ		
患者氏名	( 男 ・ 女 )	医師名
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
住 所	〒	( 担当者 )
連絡先	(自宅)	電 話 番 号
	(携帯)	F A X 番 号

基本情報

主傷病名

検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 3.0テスラMRI (別記、確認事項を記載下さい。確認後にご予約をおとりさせていただきます。)
画像・レポート	CD-R(画像)・レポートについては、紹介元へ後日郵送いたします。
受診予約希望日時	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 ※土曜及び日曜・祝祭日の翌日以外(午後)でご確認下さい。 ※都合の悪い日 ( )

検査部位

- 頭部 ( 脳・脳動脈・下垂体・内耳 )
- 頸部 ( 頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺 )
- 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎 )
- 胸部 ( 肺・縦隔・乳房 )
- 腹部 ( 肝・胆・膵・腎 )
- 骨盤 ( 子宮・卵巣・膀胱・前立腺 )
- 肩関節 ( 左・右 ) ※検査時間:約1時間
- 手関節 ( 左・右 )
- 股関節 ( 左・右 )
- 膝関節 ( 左・右 ) ※検査時間:片足 約1時間
- 足関節 ( 上腕・肘・前腕・大腿・下腿 )
- 上肢・下肢 ( )
- その他

MRI検査の方 確認事項

- ※ 体内金属がある場合には、手術施行病院へ確認の後、3.0テスラMRI検査施行について可・否の判断をして頂き、別紙「MRI問診票・同意書」にご署名をお願い致します。また、禁忌項目に該当がある方は検査不可となりますので御了承下さい。
- ① 「MRI検査を受けられる方へ」の説明書をお渡し下さい。
  - ② 患者様に①説明書をご一読して頂いた上、別紙「MRI問診票・同意書」の記載をお願い致します。
  - ③ 記載後に診療情報提供書・申込書・同意書をFAXにて送信お願い致します。

CT検査の方 確認事項

- ※ 医療法施行規則の一部改正に伴い、2020年4月1日より医療被ばくについて医療従事者と患者間の情報共有を求められております。CT検査における被ばくの説明及び同意を得た旨を診療録に記載頂くようお願い致します。

※ 肩と片膝MRI検査については、約1時間の検査となります。  
※ MRI検査当日に患者様よりご持参頂いた同意書を確認致します。その際、危険性があると判断された場合には、検査をお断りする場合がございます。ご了承ください。

- 患者様 待機中
- 患者様 帰宅
- ・ ない場合は多少お時間頂きます。ご了承ください。

