

HITO病院 CT・MRI・骨密度検査 予約申込書

FAX受付時間: 平日8:30~17:00 (休診日/土・日・祝・年末年始)

サポートセンターFAX番号: 0896-58-5350

診療情報提供書の送付もお願い致します

検査のみ(結果説明なし)での申し込みとなります。※検査時間については「午後」となります

フリガナ		紹介元医療機関名	
患者氏名	(男・女)		
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	担当者	
住所		FAX番号	
連絡先		☐ 患者様 待機中 ☐ 患者様 帰宅	
検査区分	☐ CT ☐ 骨密度検査 ☐ MRI (別記、確認事項を記載下さい。確認後にご予約をお取りさせていただきます)		
予約希望日	☐ 1週間以内 ☐ 2週間以内 ※ 土・日・祝祭日の翌日以外 (午後) でのご予約となります		

画像・レポートは後日紹介元医療機関へ郵送致します

検査部位

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

※ 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、検査をお断りすることがあります。

MRI検査の方 確認事項

※体内金属がある場合には、手術施行病院への確認の後、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。

禁忌項目に該当がある方は検査不可となります。

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にて送信願います。

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います。説明及び同意を得た旨を診療録に記載して頂くようお願い致します。