

検査予約用

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 ファクシミリ検査予約申込書

平成 年 月 日

■ 紹介元医療機関 様

No. 1

所在地			
医療機関名			
科名	科	〈TEL	- - 〉
医師名	先生	〈FAX	- - 〉

■ ご希望の検査に✓を入れ、2枚目の問診票もご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査		<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査		<input type="checkbox"/> 骨塩定量	
<input type="checkbox"/> CT検査(単純CT)		部位( )		CD-R( 要 ・ 不要 )	
<input type="checkbox"/> MRI検査(単純MRI)		部位( )		頭部の場合( MRA有 ・ 無 )CD-R( 要 ・ 不要 )	
<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 検査希望日	第1希望日	平成	年	月 日( )
		第2希望日	平成	年	月 日( )
		第3希望日	平成	年	月 日( )

■ 患者さんの情報をご記入ください。

フリガナ	姓	名	男・女	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名				年 月 日生まれ
郵便番号				当院 ID:( )
現住所				
電話番号	自宅 ( )	-	携帯 ( )	-
保険種別等(該当箇所に✓を入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費				
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中				

※診療情報提供書は予約日の2営業日前までにFAX送信ください。

※予約受付後、「紹介患者検査予約票」をFAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院(ばんだね病院) 地域医療連携センター

TEL : 052 - 323 - 5918 ・ 5927  
FAX : 052 - 323 - 5726

予約受付時間 : 平日 … 8:45 ~ 19:00 土曜日 … 8:45 ~ 12:30

■検査予約問診表

No. 2

患者氏名ご記入ください。 →

	様
--	---

● CT・MRI・骨塩定量 検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

長時間静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
妊娠(可能性を含む)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

【”あり””不可能”がある場合には検査をお断りする場合がありますので患者さんにご説明ください。】

● MRI検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

下記全ての項目に該当しません。	<input type="checkbox"/> はい
① 動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└ありの場合:MRI検査は可能ですか?	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能
② 心臓ペースメーカー、植え込み除細動装置 *MRI対応ペースメーカーの場合はご相談ください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
③ 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└ありの場合:MRI検査は可能ですか?	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能
④ 冠状動脈等へのステントの挿入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└ありの場合:挿入後2カ月以上経過していますか?	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑤ 神経刺激装置(深部脳刺激装置等) *MRI対応神経刺激装置の場合はご相談ください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑥ 骨成長刺激装置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑦ 人工中耳・内耳(移植蝸牛刺激装置等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑧ 注入ポンプ等(体内植え込み型インシュリンポンプ等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑨ その他の体内金属	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└ありの場合:MRI検査は可能ですか?	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能
⑩ 手術歴 *体内金属については、MRI検査可能かどうかをご確認ください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑪ 磁石式義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└ありの場合:MRI検査は可能ですか?	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能
【その他】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑫ 入れ墨・アートメイク *熱傷、変色等のおそれがありますので、ご説明ください。	

● 胃内視鏡検査をご希望の場合で該当の場合はご記入ください。

HBs抗原 : ( + ・ - )	HCV抗体 : ( + ・ - )
感染症 : STS ( + ・ - )	抗コリン剤の使用 : 可 ・ 不可
内服中の抗血栓薬名	

【内服中止不可の場合は、生検等の処置ができない場合がございます。】

● 骨塩定量検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

腰椎、股関節に体内金属	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	→ありの場合「 <input type="radio"/> 人工骨頭 <input type="radio"/> その他( ) 」

【腹部にバリウム等の造影剤を認めた場合、測定ができない事がありますので、患者さんにご説明ください。】