

FAX予約放射線検査受付用紙 診療情報提供書〔患者紹介状〕 (1枚目) <FAX送信状・患患提出用>

FAX 04-7164-1197 受付 9:00~17:00 月~土(外来休診日を除く)

東京慈恵会医科大学附属柏病院
放射線部 担当医 殿

年 月 日

予約のご希望日がありましたら下記にご記入ください
※空欄の場合は最短日をご案内します

ご来院できない日	ご希望日(翌診療日以降) ※RIの場合は、ご記入しないでください
----------	-------------------------------------

送信元	
所在地	
医療機関名	
TEL	
FAX	
医師氏名	

慈恵医大柏病院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)	診察カード番号 (お持ちの場合)								
----------------------------	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名	様 〔旧姓〕	男 ・ 女	年月日	
住所	〒			<input type="checkbox"/> 入院中
電話	(自宅) - -	(携帯)	- -	

主訴又は病名・症状

検査目的・臨床情報
妊娠〔有・無〕授乳〔有・無〕アレルギー〔有・無〕具体的内容()

検査内容	検査部位(種類)
<input type="checkbox"/> CT	頭部・頸部・胸部・胸腹部・上腹部・下腹部・上下腹部・冠動脈CT・血管系() その他() ※造影剤使用希望ございましたら下記グレー欄ご記入ください。

<input type="checkbox"/> MRI	頭部・頭部MRA・頭部VSRAD・頸部MRA・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・下腹部・骨盤・MRCP MRU・肩関節(左・右)・膝関節(左・右)・乳腺(左・右)・その他() 確認事項 ★脳動脈瘤クリップ〔有・無〕 ★ペースメーカー〔有・無〕 ★30分以上の静止〔可能・不可能〕 ◆ペースメーカー有の場合はFAX・WEB予約お取りできませんので、患者支援センターへご連絡ください。 ◆MRI検査については、3枚目の『MRI検査事前確認票』をご記入の上、診療情報提供書(本用紙)と共に患者さんへお渡しください。 ※造影剤使用希望ございましたら下記グレー欄ご記入ください。
------------------------------	---

造影剤使用 有・無	★透析中の方は、造影MRI検査は禁忌です。 ★造影検査を希望する場合は、以下の項目について必ずご記入ください。 腎機能障害〔有・無〕 eGFR値()ml/min/1.73m ² 採血日 月 日 ※原則、3ヶ月以内の実施 ◆eGFR値が30(ml/min/1.73m ²)未満の場合は、FAX・WEB予約での造影CT検査・造影MR検査は不可となります。
※造影剤使用 について、説明 がない場合は 検査が実施で きません。	喘息・小児喘息〔有・無〕 →有の場合 5年以内に症状・治療の〔有・無〕 ビグアナイド系経口糖尿病薬の内服〔有・無〕 以前造影剤を使用したことがある〔有・無〕 →有の場合 造影剤を使用して具合が悪くなったことがある〔有・無〕 造影剤使用に関する注意事項の説明および同意書の記入〔有・無〕 ◆造影検査の場合は、紹介元医療機関にて注意事項をご説明いただき、造影同意書もご記入ください。

<input type="checkbox"/> RI ※3診療日以降 となります。	骨シンチ・Gaシンチ・脳血流(ECD)シンチ・脳血流(IMP)シンチ・脳線条体(FP-CIT)シンチ・甲状腺(Tl)シンチ 甲状腺(Tc)シンチ・甲状腺摂取率(Tc)シンチ・副甲状腺(MIBI)シンチ・肺血流(MAA)シンチ 安静心筋交感神経(MIBG)シンチ・腎動態(MAG3)シンチ・唾液腺(Tc)シンチ・その他()
--	---

<input type="checkbox"/> ECHO	腹部・頸部・乳腺・体表・血管系(頸動脈)・血管系(頸動脈以外)・その他()
-------------------------------	--

<input type="checkbox"/> MMG	
------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 骨塩定量	★身長 cm ★体重 kg ★体内金属〔有・無〕 ★1年以内の核医学検査歴〔有・無〕 ★1週間以内の造影剤使用検査歴(ヨード・バリウム)〔有・無〕 ★薬剤ホスフェノール使用の有無〔有・無〕
-------------------------------	---

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター
〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1
TEL 04-7167-9680(直通) FAX 04-7164-1197
◆ご不明な点、予約変更等ございましたら、お問い合わせください。

患者支援センター 付記欄	
予約日	月 日 ()