|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 検査部位 | 造影有無 |
| 〇 CT検査 | ▢ 頭部 | ▢ 頚部 | ▢ 胸部 | ▢ 腹部 | ▢ 骨盤部 |  | 〇 無　　　〇 有 |
| ▢ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇 MRI検査 | 〇 頭部 [▢MRA] | 〇 頚部 | 〇 腹部 [▢MRCP ] | 〇 無　　　〇 有 |
| 〇 骨盤部 | 〇 その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇 骨密度検査※読影不可 | 〇 腰椎＋(R・L )股関節 | 〇 腰椎 | 〇 ( R・L )股関節 | 〇 ( R・L )前腕 |
| 〇 マンモグラフィー検査 ※読影不可　 | ( 〇 両　　〇 右　　〇 左 )　側 | ▢ MLO ▢　CC |
| 検査内容詳細　部位や範囲、注意点など、撮影方法についての具体的な指示があればこちらにご記入ください. |
|  |
|  |
| 注意事項 | ①読影が必要な検査では「診療情報提供書」が、造影検査では「問診票兼同意書」が別途必要となります． |
|  | ②CT,MRI検査では放射線科医師の判断で、検査内容に変更のご提案がされることがあります． |
|  | ③MRI検査では１部位のみでのご指示をお願いいたします． |
| ▢　放射線被ばくを伴う検査については、被ばくに関する説明をおこない検査についての同意を得た．（チェック願います） |

糸魚川総合病院　放射線検査申込書

依頼医療機関名・依頼医師名

FAX　025-552-0815

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | （T・S・H・R）　 | 年 | 月 | 日 | (　 歳) |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 糸病ID | （おわかりでしたらご記入ください） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **月** | **日** | **曜日** | **時** | **分** |  |  |  |  |  |  |
| **上記お申込内容で** | **に検査予約を承りました．** |
|  |  | **月** | **日** |  |  |  |  |  |  |
| **診療情報提供書を** | **までに糸魚川総合病院 地域医療連携室にお届けください．** |
| ご用意いただいた予約票に必要事項を記入いただき、患者さまには予約票に記載された内容（来院時刻、持ち物、注意事項等）のご説明をお願いします．本申込書はご持参の必要はございません． |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| 予約情報 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第1希望 | 月 | 日 | 曜日 | AM |
| PM |
| 第2希望 | 月 | 日 | 曜日 | AM |
| PM |
| 時間帯希望のみ |  |  |  | AM |
| PM |
| 不都合日 | 月 | 日 | 曜日 | AM |
| PM |

患者情報

検査日程情報

依頼検査情報（〇もしくは▢について✓を入れてください．〇は複数選択不可、▢は複数選択可能の意）

〒941-8502 新潟県糸魚川市大字竹ヶ花457番地１

JA新潟厚生連糸魚川総合病院 地域医療連携室

TEL　025-552-0280 内線1362

Mail：itohp-renkei@juno.ocn.ne.jp