

川島病院画像診断センター検査申込書

紹介元医療機関名:

担当医師名:

TEL() -

FAX() -

■検査希望日 第一希望 月 日 () (午前 ・ 午後)
第二希望 月 日 () (午前 ・ 午後)

■当院受診歴の有無 (有 ・ 無)

※予約状況により日時の変更をお願いする場合、お電話にて連絡させていただきます。

■紹介目的 (検査目的、症状、連絡事項等をご記入ください。)

【紹介目的等記載欄】

■希望する検査 (※CT検査・MRI検査に関しては造影の有無を選択してください)

1. CT検査 (造影 有 ・ 無)	頭部・胸部・腹部・冠動脈・心臓術前(TRO)撮影・その他()
2. MRI検査 (造影 有 ・ 無)	頭部・脊椎・その他()
3. RI検査	骨シンチ・心筋シンチ・副甲状腺シンチ・Gaシンチ・その他()
4. 骨密度検査	腰椎+全身・腰椎+大腿骨

◆造影検査をご希望の方

腎機能	採血日(月 日)直近(3ヶ月以内)の検査結果を添付してください。値によっては造影が不可となります。血清クレアチニン値()mg/dL eGFR()
糖尿病 (有 ・ 無)	※ビグアナイド系糖尿病薬服用中の方は、検査前2日間・検査当日・検査後2日間は休薬が必要となります。

■患者様情報(保険証コピー添付可) ※必ずご記入お願い致します。

紹介患者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	(T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日
	性別	男 ・ 女
	住所	(〒 -)
	電話番号	() -
【保険外診療の場合はご記入ください】		□事故 □労災 □その他()

※心臓・冠動脈造影CT紹介の場合 下記の項目についてもお願いします。

- ・セロケン・コアベータ・インデラル・ワソラン投与の可否について記載ください。
- ・検査当日は30分前には来院頂き、紹介状・心電図・可能であれば心エコーデータを持参頂くようお願いします。

■FAX受付時間: 月 ~ 金 9:00~12:00、13:00~17:00 (土日祝・お盆・年末年始は除く)

希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。

※時間外・土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)