

CT・MRI 検査申込書

【患者情報】

ふりがな.....

氏名 _____ 様 (男・女)

医療機関名 _____

生年月日 ^{M・T} _____ 年 ^{S・H} _____ 月 _____ 日 _____ 歳

医師名 _____

住所 -

TEL _____

FAX _____

TEL _____

【検査種別】 (□にチェックを入れて下さい)

CT MRI MR Angiography MRI+MR Angiography MRCP MRI+MRCP

【検査部位】

(_____) *左右どちらかも必ずご記入下さい。

【検査方法】 (□にチェックを入れて下さい)

①単純撮影のみ ②単純撮影+造影撮影 ③単純撮影+必要に応じて造影撮影
(放射線科医の判断にゆだねる)

【②または③の場合：ビグアナイド系糖尿病薬の服用 有り 無し】(造影CTのみ必須)

注意：②または③の場合、同意書と問診票が必要です。また、造影CT検査をされる患者様で、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は、休薬の説明書と確認書も必要となります。各書類に記入のうえ、検査当日に持参できるようにご用意ください。同意書及び休薬確認書がない場合には造影検査を実施できない場合があります。造影を希望された場合でも、危険と判断された場合には造影を行わない場合もありますので、ご了承下さい。

【希望日】

本日希望 (CD-R 持ち帰り：有り 無し)

後日希望 いつでも良い

希望日(第1希望：_____月_____日/第2希望_____月_____日)

都合が悪い日(_____)

【診療情報提供書】(貴院の書式でもかまいません)

傷病名 _____

JA 長野厚生連 佐久総合病院

地域医療連携室 FAX0267-81-1114 TEL0267-82-3131 (内455)

(平日 8:30~17:00 土曜日〔第2・4・5〕 8:30~12:30)