

TEL 093-533-8660 (連携室直通) FAX 093-533-8718 (連携室専用)

画像診断依頼連絡票

令和 年 月 日

■患者情報 ※下記の連絡先に医療連携室よりお問い合わせさせていただきます。

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名	(旧姓)		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (歳)		
住 所			
連 絡 先	携帯 自宅		

■保険情報

マイナンバーカード	☐ あり ☐ なし	保険種別	☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 共済保険 ☐ その他 ()
※ マイナンバーカードに紐づけされていない紙の医療証や介護保険証などは、当日すべてご持参ください			

■画像診断依頼内容 (※ 活動性の喘息がある患者さんの造影検査はできませんのでご注意ください)

□ CT検査	検査部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他 ()
	造影の有無	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 造影剤禁忌 ☐ 放射線科医師に一任
	希望日時	月 日 午前 ・ 午後
	注意事項	※ピグアナイド系糖尿病用剤を服用中の患者様には検査当日と検査後 48 時間 (検査日を含め3日間) の休薬をお願いいたします
□ MRI検査	検査部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 (肝、胆、膵、MRCP、婦人科、前立腺、その他部位：) ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢・軟部組織 (部位：) ※ 腹部・四肢・軟部組織検査のご依頼時は撮影部位の詳細を選択またはご記入ください
	造影の有無	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 造影剤禁忌 ☐ 放射線科医師に一任
	希望日時	月 日 午前 ・ 午後
	体内埋め込み金属の有無	☐ 無 ☐ 有 ()
CT・MRI 造影検査の場合	注意事項	※CT では原則絶食をお願いします ※腎障害の有無をお知らせください。(有 ・ 無) ※血清クレアチニン値は検査予定日から3ヶ月以内の結果をお知らせください。 (検査日： 月 日 血清クレアチニン値 mg/dl) ※CV ポートから造影剤使用希望の場合は診療情報提供書へ記載し、検査当日はCV ポートの情報かわかる患者カード等をご持参ください
□ 超音波検査	希望日時	月 日 午前のみ 部位 ()
□ その他	検 査 名	
	希望日時	月 日 午前 ・ 午後

■紹介元医療機関情報

医療機関名		予約担当者	
所 在 地			
T E L		F A X	

※ この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者さんには別途、診療情報提供書をお渡しく下さい。

※ ご都合によりご来院できない場合は、医療連携室までご連絡ください。

※ 検査の結果は後日、画像情報CD-ROMと診療情報提供書を郵送させていただきます。

※ 病院内で介助が必要な方は、可能な限り付添いの方1名(ご家族等の方)とご来院くださいますようお願いいたします。

なお、お1人で来院される場合は、事前にご連絡くださいますようお願いいたします。