予約申込書・診療情報提供書（検査予約）

札幌禎心会病院　地域医療支援センター　行
〒065-0033　札幌市東区北33条東1丁目3-1
電話　011-712-0920（直通）
FAX　011-712-1145（直通）

依頼医療機関名
住　　所
医師名　　診療科
電話番号　（　　）
FAX番号　（　　）
担当者　部署　　氏名

申込日:	令和　　年　　月　　日		
フリガナ		性別	生年月日
紹介患者氏名		□ 男　□ 女	大・昭・平・令 □□□□　年　月　日（　歳）
住　所	〒　－		
電話番号		自宅以外の連絡先電話番号	

患者様への予約日時連絡方法を選択☑してください	
	□ 1. 現在、外来で返事を待っている　※お急ぎの場合 □ 2. 後日、札幌禎心会病院から患者様へ連絡 □ 3. 後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡 □ 4. その他（　　）

受診希望日（申込当日・土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に添えない場合があります。）

（第1希望）　月　日　（第2希望）　月　日　（第3希望）　月　日

検査項目

□ ＣＴ（部位:　　）　造影剤の使用 □ 無　□ 有
□ MRI（部位:　　）　造影剤の使用 □ 無　□ 有
※MRI対応可のペースメーカーを埋め込みされている方は、必ず『体内の金属有無』欄に機種も記載して下さい。

体内の金属　□ **無**　□ **有 (挿入物または機種:　　)**

※体内金属ありの場合: □ **1.5テスラ・3テスラMRIいずれでもよい** □ **1.5テスラMRIを希望する** □ **3テスラMRIを希望する**

□ 核医学（RI）検査（検査項目:　　）

患者の状態

身　長（　　）cm　・体　重（　　）Kg

移動方法　□ 歩行可　□ 車椅子　□ ストレッチャー

造影剤使用の場合記載 →
造影剤に対するアレルギー　□ 無　□ 有
気管支喘息の既往　□ 無　□ 有
腎不全の既往　□ 無　□ 有
血清クレアチニン値　　mg　←3か月以内の検査結果を記載してください。
※Cr 1.0　mg/dl以上の場合、補液を行うか、もしくは検査をお受けできない場合があります。

紹介目的

□ 検査のみ　□ 検査及び読影

貴科診断名

検査目的及び主訴・経過（撮影条件がある場合は詳細を記載してください）

※貴院様式の『診療情報提供書』を添付でも可。

検査画像の手渡し方法

□ 検査当日に患者にお渡し（撮影条件により異なりますが、30分～2時間かかります）　□ 依頼元医療機関へ郵送

※患者様がお持ち帰りになる場合は、待ち時間が生じる事をあらかじめご説明するようお願いします。