|  |
| --- |
| **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 | （　　　　　　）（　　　　　　） |
| 申込日： | 令和　　　 　年　　　　　月　　　　　日 | 担当者 | 部署　　　　　　　　　　　氏名 |
| **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（該当番号にチェックを入れてください） | 　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** | 　希望される検査項目にチェックを入れてください。 |
| [ ] 　 | Ｃ　Ｔ　（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』確認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。 |