|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |