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:
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後		
予約日時の連絡方法を選択してください	□1. 翌営業日に紹介元医療機関へご連絡 □2. 翌営業日に札幌禎心会病院から患者様へご連絡 □3. その他（　） ※患者様がお待ちの場合はFAX送信後お電話ください。 ※診療科によっては医師確認が必要なため返答までお待ちいただくことがあります。			

検査希望日（申込当日・土日祝の検査予約できません。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**　□**MRI**　撮影方法: □単純　□造影　□単純+造影
検査部位　□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□脊椎　□骨盤部　□上肢（右）□上肢（左）
□下肢（右）□下肢（左）□MRCP　□その他（　）
※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。
体内金属　□無　□有（挿入物または機種:　）

□**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下さい。
※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。
※ビグアナイド系糖尿病薬や緑内障点眼薬など休薬が必要な場合があります。使用されているお薬内容をお知らせください。

紹介目的

□検査のみ　□検査及び読影

貴院診断名

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。

当院では貴院からのご依頼内容に基づき放射線診断医の助言のもと検査を実施しています。

検査画像のお渡し方法

□紹介元医療機関へ郵送　□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）

Ver202508