

CT, MRI 検査専用	総合予約室	TEL(0985)85-1225	受付番号
		FAX(0985)85-9186	

診療情報提供書 (FAX 紹介予約提供書)

宮崎大学医学部附属病院 総合予約室 宛 令和 年 月 日

医療機関名 電話番号

医師氏名 印 FAX 番号

住所

患者	フリガナ	生年	大・昭・平・令 年 月 日
	氏名	様 男・女	月日 () 歳
	住所	連絡先	
	今までに宮崎大学医学部附属病院を受診したことが： <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません ある方はわかればID番号を記載して下さい。(ID:)		

検査種別 検査部位 (1検査1部位のみ チェック可能)	CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面, 頸部 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胸腹部血管
	MRI <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胸部血管 <input type="checkbox"/> 腹部血管

造影撮影	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 検査医に委託 <input type="checkbox"/> 不要
------	---

診断名	
-----	--

紹介目的	
------	--

症状及び検査結果(病理診断画像診断等)	
---------------------	--

腎機能 BUN () Cre ()

感染症: HBV (+・-・未) HCV (+・-・未) その他 ()

腫瘍マーカー: () 検査施行時までに結果が判りましたら必ずご連絡頂きますようお願い致します

●患者情報をもれなくご記入ください。

患者情報	体重 () kg
	妊娠の可能性 : 有・無 (有の場合、CT検査は受けられません。)
	来院方法 : 独歩・車いす・ストレッチャー
	ペースメーカー : 有・無 (有の場合、MRI(一部機種)のCT含む検査は受けられません。)
	体内金属 : 有・無 気管支喘息 : 有・無・不明

アレルギー : 有・無・不 造影剤副作用歴 : 有・無・不明

検査希望日	令和 年 月 日 () 時 分 希望
-------	---------------------

備考1. 予約申込のFAX送信は平日8:30~17:00にお願いします。

2. 予約日の変更希望、取消しの場合は、検査前日(平日)の昼(12:00)迄に総合予約室へ必ずご連絡下さい。

3. このCT, MRI検査申込書に記載されている個人情報はCT, MRI検査目的以外には使用致しません。