

CT, MRI 検査専用	総合予約室 TEL (0985) 85-1225 FAX (0985) 85-9129
--------------	--

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

平成 年 月 日

総合予約室 宛

医療機関名

医師氏名

印

住所

電話番号

FAX番号

患者	フリガナ		生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日 () 歳
	氏名	様 男 ・ 女		
	住所		電 話 番 号	()
	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 番号を記載してください。 ()			
検査種別	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			
検査部位 (1 検査 1 部位のみ チェック可能)	<input type="checkbox"/> 全腹部 <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			
造影検査	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 検査医に委任 <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 (十・一・未) HCV (十・一・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・車椅子・ストレッチャー ペースメーカー : 有・無 (有の場合 MRI 検査は受けられません。一部機種では CT 検査も受けられません) 体内金属 : 有・無 気管支喘息 : 有・無・不明 アレルギー : 有・無・不明 造影剤副作用歴 : 有・無・不明
------	---

検査希望日	平成 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 にお願致します。
 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)までに, 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 検査目的以外には利用いたしません。