

# 検査予約申込書 (CT・MRI・RI・骨塩定量)

独立行政法人 国立病院機構  
東広島医療センター 御中

申込日 年 月 日

【送り先FAX】 082-493-6488

紹介医療機関の所在地、名称、医師名、TEL、FAX

〒739-0041

東広島市西条町寺家513

TEL 082-493-6487

患者情報	フリガナ		性別	(備考)
	氏名		男・女	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	現住所	〒		
	電話	— —		
当院診察券番号				eGFR・クレアチニン値 (6ヶ月以内)

造影検査が必要な患者様には、所定の造影検査同意書およびCT造影検査問診票に記載の上、検査当日に紹介状と共にご持参いただきますようお願いいたします。

なお、妊娠の確認については慎重をお願いいたします。

検査項目	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影) 頭部・胸部・腹部・その他( ) ヨード過敏、アレルギーの強い方、腎機能の悪い方(eGFR≤30)は単純CTのみとなります。 造影CTを希望の際は、6ヶ月以内のeGFR・クレアチニン値を備考欄に記載願います。
	<input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) 頭部・胸部・腹部・その他( ) 体内に磁性体金属等がある場合は、検査を行えませんのでご注意ください。 例)ペースメーカー、脳動脈クリップ、刺青、妊婦、内視鏡止血クリップ、人工内耳、歯インプラント 埋込除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置等 ※MRI対応式ペースメーカーを挿入されている患者様は地域医療連携室へご相談下さい。 造影MRIを希望の際は、6ヶ月以内のeGFR・クレアチニン値を備考欄に記載願います。
	<input type="checkbox"/> RI 骨・心筋・その他( )
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 腰椎+大腿骨・腰椎のみ

検査希望日	希望日: 都合の悪い日: (時間は、予約状況をみてお取りします)
-------	-------------------------------------

検査日時	年 月 日( )曜日 午前・午後 時 分より
------	------------------------

- この検査予約申込書に検査内容をご記入の上、当院地域医療連携室までFAXにてお送りください。
- 予約日時を確定し 検査予約券を貴院にFAXいたします。
- その後、**紹介状と造影検査の場合は造影検査同意書**を検査前日までに当院の地域医療連携室までFAXにてお送りください。
- 患者様には、検査当日「診療予約券」「マイナンバーカード(マイナ保険証)または健康保険証」「紹介状」「※造影検査同意書」「※CT造影剤問診票」「※MRIチェックシート」(お持ちの場合は「当院診察券」)をご持参の上紹介受付⑥番窓口においでくださいますようお願いいたします。 ※該当する場合のみ必要

当院記載欄

カルテ準備 令和 年 月 日 [担当者名]

令和5年1月1日改定