

川島病院画像診断センター検査申込書

紹介元医療機関名:

担当医師名:

TEL() -

FAX() -

■検査希望日 第一希望 月 日 () (午前・午後)

第二希望 月 日 () (午前・午後)

■当院受診歴の有無 (有 · 無)

※予約状況により日時の変更をお願いする場合、お電話にて連絡させていただきます。

■紹介目的（検査目的、症状、連絡事項等をご記入ください。）

【紹介目的等記載欄】

■希望する検査（※CT検査・MRI検査に関しては造影の有無を選択してください）

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| 1. CT検査（造影 有 · 無） | 頭部・胸部・腹部・冠動脈・心臓術前(TRO)撮影・その他() |
| 2. MRI検査（造影 有 · 無） | 頭部・脊椎・その他() |
| 3. RI検査 | 骨シンチ・心筋シンチ・副甲状腺シンチ・Gaシンチ・その他() |
| 4. 骨密度検査 | 腰椎+全身・腰椎+大腿骨 |

◆造影検査をご希望の方

| | |
|------------|--|
| 腎機能 | 採血日(月 日)直近(3ヶ月以内)の検査結果を添付してください。値によっては造影が不可となります。血清クレアチニン値()mg/dL eGFR() |
| 喘息(有 · 無) | ※「有」の場合、5年以内に治療歴はありますか？(有 · 無) |
| 糖尿病(有 · 無) | ※ビグアナイド系糖尿病薬服用中の方は、検査前2日間・検査当日・検査後2日間は休薬が必要となります。 |

■患者様情報(保険証コピー添付可) ※必ずご記入をお願い致します。

| | | |
|--------------------|------|-----------------------|
| 紹介患者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | (T · S · H · R) 年 月 日 |
| | 性別 | 男 · 女 |
| | 住所 | (〒 -) |
| | 電話番号 | () - |
| 【保険外診療の場合はご記入ください】 | | □事故 □労災 □その他() |

※心臓・冠動脈造影CT紹介の場合 下記の項目についてもお願いします。

・セロケン・コアベータ・インデラル・ワソラン投与の可否について記載ください。

・検査当日は30分前には来院頂き、紹介状・心電図・可能であれば心エコーデータを持参頂くようお願いします。

■FAX受付時間：月～金 9:00～12:00、13:00～17:00（土日祝・お盆・年末年始は除く）

希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。

※時間外・土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)