

# 地域連携共同利用検査申込書

年 月 日

済生会神奈川県病院 宛  
FAX 045-432-1118

医療機関の名称  
および所在地

検査申込用

電話番号

ご担当医 氏名

フリガナ  
患者さま氏名


様： 体重  kg ※

西暦 男性 女性  
生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 ( 才 )

※ 体重は おおよそでも結構ですので必ずご記入ください。

予約日時	月 日 ( ) :	神奈川県病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
------	-----------	---

※ 今回ご予約を頂く検査の種類に一箇所だけ○をお願いします。

CT	脳・胸部・腹部・骨盤・その他 ( ) 単純撮影 ・ 造影撮影 (造影の際には問診票・同意書、検査データもFaxをお願い致します。)		
	 造影CT検査の場合は、ピグアナイド系糖尿病薬を含む薬剤を『検査前48時間休薬』してください。		
MRI	脳・脳 + MRA・脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) ・上腹部・その他及び四肢 ( ) 単純撮影 ・ 造影撮影 (造影の際には問診票・同意書、検査データもFaxをお願い致します。)		
MRI検査に関しては下記の項目にご記入をお願いいたします。			
心臓 <sup>+</sup> -スキャン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒MRI不可	脳動脈クランプ <sup>+</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <sup>+</sup> 以外 MRI不可
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 週⇒週数によりMRI不可	体内の金属・異物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 ( ) 材質 ( )
人工関節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ステント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 ( ) 材質 ( )
人工心臓弁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒検査時には外していただきます。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	刺青	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 ( )
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒手術名 ( ) 実施日 ( )		
内視鏡 (上部)	生理検査 ( )		

病名 (疑い病名、仮病名でも結構ですので必ずご記入ください。)

検査目的

コメント

- \* 造影検査の問診票・同意書は当院ホームページより印刷してご使用ください。
- \* 造影検査を希望されていても 当院の医師の判断で単純撮影に変更させて頂く場合がございます。
- \* その他の検査に関しては 患者サポートセンターまでご相談ください。

2019年7月更新