

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
------	-----------	---

※ 今回ご予約をいただく検査の種類に一箇所だけ○をお願いいたします。

CT	脳・胸部・上腹部・骨盤腔・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をお願いいたします。)  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『検査当日の朝および検査終了後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をお願いいたします。)		
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 ⁺ -スキャン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒MRI不可	脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒チタン以外 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いただ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。

2021年5月更新