

辻仲病院柏の葉 高度医療機器共同利用申込書・診療情報提供書

病院名			
医師名			
TEL	()	FAX	()
ふりがな		性別	生年月日
患者様 氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日 ()歳
身長・体重	cm kg	*女性の方	妊娠中、または妊娠の可能性あり→検査不可 授乳ですか？ (はい・いいえ)
健康保険外	自賠責・労災・その他()	受診歴	当院受診歴 (有・無) (旧姓:)
住 所	(〒 -)		
TEL(自宅)	()	TEL(携帯)	()

ご希望日	※検査予約枠 月～土 9:00～16:00(最終)・・・予約時間の 30分前 までにご来院願います。		
日・祝は 予約不可	☐ 日時指定なし (都合の悪い日時)		
	☐ 希望あり	① 月 日(: ~ : / 午前 / 午後 / 何時でも)	
		② 月 日(: ~ : / 午前 / 午後 / 何時でも)	
		③ 月 日(: ~ : / 午前 / 午後 / 何時でも)	
		④その他()	

検査項目 ◎体内金属がある場合、施工された医療機関に撮影可否をご確認の上ご依頼ください。			
☐ MRI	単純・造影 ※	<撮影禁忌>	心臓ペースメーカー、埋込型除細動機、神経刺激装置、人工内耳、妊娠中の方 ……撮影不可
		体内金属	無・有 → (撮影: 可・否) インプラント・歯科矯正・人工関節 その他() ◎医療機関に撮影可否の確認 ☐ 済
		閉所恐怖症	無・有 (撮影: 可・否)
		アートメイク	無・有 (撮影: 可・否)
☐ MMG			
☐ X-P			
☐ CT	単純・造影 ※	同意書	被ばくに関する説明と同意 (有・無)
撮影部位			
ご依頼内容 症状			
読影 有・無			
<当院ルーチン以外で撮影方法のご希望がある場合ご記入下さい>			

【造影検査をお申し込みの方】
別紙の「検査説明書」をお読みいただき、この申込書に①「造影検査確認書」②「検査同意書」
③採血検査データ(直近3ヶ月以内)を添付の上、FAXでお申し込み下さい。

※CD-ROMは患者さんにお渡しいたします。

辻仲病院柏の葉 記入欄	
検査予約日	月 日 (:)

辻仲病院 柏の葉 地域連携室
TEL 04-7137-3003(直通)