

検査予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

令和 年 月 日

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-32-3070 [直通]

《紹介医療機関の所在地》

名称・住所

医師名

TEL

FAX

患者情報	フリガナ 氏名							旧姓
		様						
	呉医療センター診察券番号							-
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日				性別	男・女	
	郵便番号	〒 -						
	現住所							
	電話	自宅:			携帯電話:			
ペースメーカー・ICD の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー: _____ 型番: _____) ペースメーカー・ICDの埋め込み術を行った施設 <input type="checkbox"/> 呉医療センター <input type="checkbox"/> 他院							
体内金属等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____ 異物名: _____)							
検査項目	生理検査	心臓超音波 脳波						
	内視鏡検査	胃ろう交換・腸ろう交換						
	画像診断 (放射線科)	C T <単純・造影> (頭部・胸部・腹部・その他 [_____])						
		MR I <単純・造影> (頭部・胸部・腹部・その他 [_____])						
		R I (骨・その他 [_____])						
		超音波 (甲状腺・乳房・肝胆膵・腹部・その他 [_____])						
骨密度測定								
マンモグラフィー (乳房X線撮影)								

注: CT・MRI検査は、単純・造影のどちらかを必ず選択して下さい。

MRI検査は心臓ペースメーカー・ICD、脳動脈瘤クリップ、内視鏡止血クリップなどがある方は検査が行えませんのでご了承下さい。

心臓ペースメーカー・ICDの詳細がわからない場合や当院で対応が難しい場合は、CT検査が行えませんので予約時に必ずご連絡下さい。

診療情報提供書・検査同意書は、検査日の2日前までに地域医療連携室までFAXをお願いします。

※画像診断へのご紹介は「放射線科 担当医」宛でお願いします。

※胃ろう交換・腸ろう交換をご希望の場合は、安全に治療を受けていただくために予約申込時にお薬情報(内服薬すべて)のFAXをお願いします。 ※体内金属等が挿入されている場合は、ご希望の検査が行えない場合がありますのでご連絡ください。

診療情報提供内容

*傷病名・症状

希望日時 ① 月 日 AM・PM (時)
 ② 月 日 AM・PM (時)
 ③ 月 日 AM・PM (時)

決定日時 月 日 AM・PM (時)