

FAXによる検査予約申込書

放射線科用



山形県立河北病院 地域医療部 宛
 【TEL 0237-71-1505】
 【FAX 0800-800-1506】

令和 年 月 日

受付時間：平日8：30～17：00 土曜日8：30～14：30
 受付時間外の予約申込は翌診療日のお取り扱いになります。

医療機関名： _____
 診療科： _____
 医師名： _____
 電話： _____
 F A X： _____

1 患者様の情報 (氏名は略さずに保険証と同様にご記入ください。)

フリガナ				電話番号	-	-
氏名				携帯電話	-	-
性別	男・女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日(歳)
住所	(〒 -)					
河北病院受診歴	有 (診察券番号	-	-)	無	不明

2 希望検査項目 (希望する検査項目を○で囲み、検査部位、造影の有無の欄を記入ください)

検査項目	検査部位	造影の有無		備考
CT	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤 椎体(頸椎・胸椎・腰椎) その他()	無	有	腎機能データ (eGFR値) 採血日 ※腎機能データは、 紹介状に記載でも可
MRI	頭部・頸部・椎体(頸椎・胸椎・腰椎) 腹部(肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・副腎) 骨盤部(子宮・卵巣・前立腺・膀胱) その他()	無	有	腎機能データ (eGFR値) 採血日 ※腎機能データは、 紹介状に記載でも可
骨密度	腰椎 + 股関節	/		
核医学	検査の種類	/		

- CT、MRI検査の検査部位について
検査の目的となる臓器を選んでください。
上肢、下肢、他の部位については具体的な部位を[その他]に記入してください。例)「肩関節」、「膝関節」など
造影検査を希望する場合、申し込み時に3か月以内の腎機能の血液データがあれば記入してください。
- 核医学検査については、放射性医薬品の確認が必要なため、ご連絡までに時間がかかります。
- 検査項目が複数の場合は、同日に予約ができません。
- 大腸CT検査は、これまで通り内科外来へ紹介後の検査になります。

※検査日の2日前(土日をはさむ場合は直前開院日)までに「診療情報提供書(紹介状)」のFAX送信をお願いします。
 造影検査の場合は、「造影CTの説明書」または「造影MRIの説明書」と、「腎機能の血液データ」
 MRI検査の場合は、「MRI検査の説明書」のFAX送信もお願いします。

3 検査希望日 (該当部分を○で囲んでください。)

1週間以内 ・ 2週間以内 ・ その他(希望日：)

○ お申込みいただき、ありがとうございました。15分以内に当方から予約状況についてご連絡いたします。