時 分

済生会川口総合病院 放射線科 宛

外国籍の方は在留カードも併せてお持ちください。

年 月

この封筒とマイナンバー保険証、当院診察券(ある場合)をご持参ください。

予約時間30分前までに本館1階新患受付にお越しください。

日( )

検査予約日時

紹介元医療機関

女

(携帯可)

## CT·MRI·RI 等検査依頼書 兼 診療情報提供書

フリガナ

受診者氏名

日中連絡先

別

男

名			
住 所:		記に該当がございましたら∨をお願いします。	
電話:		<b>労災</b> ⇒会社からの様式(書面)の提出が必要です。	
診療科:		→様式(書面)持参無い場合、自費支払い有り	
医師名:		War (em) Name and device by	
(フルネーム)		<b>自賠責</b> ⇒保険会社から当院に連絡が必要です。	
		→保険会社から当院に連絡が無い場合、自費支払い有り	
撮影部位の□に✓を入れてください。			
その他部位は( )内に直接ご記入ください。 CT および MRI の依頼の場合には、造影剤使用の有無に○を付けてください。			
造影剤有りの場合、4か月以内のクレアチニン値をご記入ください。			
	採血日 年月日)	シ亜にかりませので併せてブラスノがとい	
		込要になりますので併せてご記入ください <u>。</u>	
MRI 依頼時には3枚目の MRI 検査 問診・同意確認書もご記載ください。			
CT【造影 有 · 無 】	MRI【造影 有 · 無 】 □ EOB・プリモビスト	RI(ラジオアイソトープ)	
□ 頭部	□ 頭部(MRI のみ)	□ 骨シンチ	
□ 副鼻腔	□ 頭部(MRI+MRA)	□ 脳血流シンチ ョードアレルギー 有 ・ 無	
□ 胸部	□ 頭部(MRI+VSRAD)	□ DAT シンチ ョードアレルギー 有 · 無	
□ 腹部全体	□ 副鼻腔	アルコールアレルギー 有 ・ 無	
□ 胸部から上腹部	□ 頸動脈	□ 心筋シンチ MIBG	
□ 胸部から骨盤腔	□ 肝胆膵	ヨードアレルギー 有 ・ 無	
□ 頸部	□ MRCP → 検査前 4 時間絶飲食	□ ガリウムシンチ (注射と検査は別日にて施行)	
□ その他 ( )	□ 骨盤腔内 □ 膀胱 □ 前立腺	□ その他( )	
□ 心臓 3D-CT 造影有り	□ 子宮 □ 卵巣	骨密度	
□ インプラント(保険外自費)	□ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎	□ DEXA (腰椎正面・両側股関節)	
上顎 · 下顎 (第歯)	□肩  □肘 □膝	り 身長 cm 体重 kg	
ステント 有 ・無	(みぎ ・ ひだり)	3 <u>\(\tau_\)</u>	
単純	□ 股関節	MMG(マンモグラフィ)	
□ セファログラフィ(保険外自費)	□ その他(	□ 両乳房 2R	
紹介目的および臨床診断名			
既往歴			
検査目的/臨床経過			
/ 大五 口 □ 1 / / m / 小 / 注 / 应			
※この欄の記載は、貴院書式の診療情報提供書でも可能です。その際にはこの用紙と併せて FAX 送信後に同封をお願いします。			
予約をお取りいただきましたらこちらの用紙と MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書			
造影有りの場合は、造影剤に関する説明と同意書も併せて FAX 048-253-8139 送信後に封入の上で患者様にお渡しください。			

済生会川口総合病院 地域医療連携室

## 

01	//// // 分次且以积音)	林 吃水 月 秋 灰	
済生会川口総合病院 放射線科 宛		フリガナ	
検査予約日時 年 月	日( ) 時 分	受診者氏名	
この封筒とマイナンバー保険証、当院診察 外国籍の方は在留カードも併せてお 予約時間 30 分前までに本館1階	持ちください。	生年月日     年     月     日       性     別     男     ・     女	
紹介元医療機関		日中連絡先(携帯可)	
名 称: 住 所: 電 話: 診療科:		下記に該当がございましたら√をお願いします。  □ 労災⇒会社からの様式(書面)の提出が必要です。  →様式(書面)持参無い場合、自費支払い有り	
医師名: (フルネーム) 撮影部位の口に√を入れてください。		コ 自賠責⇒保険会社から当院に連絡が必要です。 →保険会社から当院に連絡が無い場合、自費支払い有り	
最影的位の口に♥を入れてくたさい。 その他部位は( )内に直接ご記入ください。 CT および MRI の依頼の場合には、造影剤使用の有無に○を付けてください。 造影剤有りの場合、4 か月以内のクレアチニン値をご記入ください。			
クレアチニン値(採血日 年 月 日) 造影剤有りの場合、当院書式の造影剤に関する説明と同意書が必要になりますので併せてご記入ください。 MRI 依頼時には3枚目の MRI 検査 問診・同意確認書もご記載ください。			
CT【造影 有 · 無】	MRI【造影 有 · 無 】 □ EOB・プリモビスト	RI(ラジオアイソトープ)	
	□ 頭部(MRI のみ)	□ 骨シンチ	
	□ 頭部(MRI+MRA)	□ 脳血流シンチ ヨードアレルギー 有 ・ 無	
□ 胸部	□ 頭部(MRI+VSRAD)	□ DAT シンチ ョードアレルギー 有 · 無	
	□ 副鼻腔	アルコールアレルギー 有 ・ 無	
□ 胸部から上腹部	□ 頸動脈	□ 心筋シンチ MIBG	
□ 胸部から骨盤腔	□ 肝胆膵	ヨードアレルギー 有 ・ 無	
□ 頸部	□ MRCP → 検査前 4 時間絶飲食	□ ガリウムシンチ(注射と検査は別日にて施行)	
□ その他( )	□ 骨盤腔内 □ 膀胱 □ 前立腹	<b>浸</b> □ その他( )	

紹介目的および臨床診断名

□ 心臓 3D-CT 造影有り

ステント 有・無

□ インプラント (保険外自費)

上顎 ・ 下顎 (第

単純

□ セファログラフィ (保険外自費)

既往歴

検査目的/臨床経過

※この欄の記載は、貴院書式の診療情報提供書でも可能です。その際にはこの用紙と併せて FAX 送信後に同封をお願いします。

□ 卵巣

口肘

(みぎ ・ ひだり)

□ 胸椎 □ 腰椎

□膝

口 子宮

□ 頸椎

口肩

□ 股関節

□ その他(

予約をお取りいただきましたらこちらの用紙と MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書 造影有りの場合は、造影剤に関する説明と同意書も併せて FAX 048-253-8139 送信後に封入の上で患者様にお渡しください。

済生会川口総合病院 地域医療連携室

骨密度

cm 体重

MMG (マンモグラフィ)

□ DEXA (腰椎正面・両側股関節)

身長

□ 両乳房 2R