

希 望 日	① 月 日 ()	そ の 他
	② 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> いつでも(最短日)	
	<input type="checkbox"/> 希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望 (✓が無い場合は予約可能な最短日で取得します)	

医療機関名
住所
医師名
TEL
FAX
担当者名

患 者 様 の 情 報	フリガナ		旧姓	性別	当院の受診歴
	患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ID番号:)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日 (歳)
	住所	〒			
		自宅TEL: - -	携帯TEL: - -		
	保険者番号		公費番号		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険申請中
	記号・番号		受給者番号		<input type="checkbox"/> ()
	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者氏名)	負担割合	割	※保険情報の記載に代えて、カルテ表紙や保険証等のコピーを送信して頂いても結構です。
	入院中	<input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 退院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (退院予定日 月 日)			
	外国人の方	日本語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可⇒(語) ※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。			
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり ⇒ストレッチャーの用意(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)				

診 療 情 報	傷病名	既往・家族歴
	病状・検査結果・依頼内容など <input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付 ※検査理由・背景疾患等を記入ください。	

検査種類・部位 ※複数部位の場合、2日に分ける場合があります。		検査前確認事項 (CT・MRIの場合、必ずご記入ください)		
CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔	造 影	<input type="checkbox"/> 有 → 造影検査の場合	
	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 ()		<input type="checkbox"/> 無	
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部血管	造 影	<input type="checkbox"/> 有 →	
	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵		3か月以内のクリアチニン値	※ 同意の確認・同意書持参 をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腎・副腎		検査日	
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣		クリアチニン値	
	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節		<input type="checkbox"/> すべて無し 該当項目に✓を付けてください。	
<input type="checkbox"/> 腰椎 ()	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー等 →MRI対応機種のみ撮影可。メーカー型式を記載(ペースメーカー手帳のコピー添付)ください。			
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ ()	該 当 項 目	<input type="checkbox"/> 体内金属(具体的に) ⇒MRI <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 非対応	
その他	<input type="checkbox"/> 骨塩定量		<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> イスミアートメイク	
		※該当項目の内容によって、当日、造影→単純検査への変更や検査を中止する場合があります。		