

CT・MRI（単純）検査予約申込書

紹介先：八尾市立病院

紹介元医療機関情報

診療申込科： _____ 科

希望医師名： _____ Dr

医療機関名		
医師名		
住所		
TEL	—	—
FAX	—	—

患者情報

フリガナ			性別	生年月日			
氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
			<input type="checkbox"/> 男	年	月	日	(歳)
住所	〒 —						
TEL	— —		その他連絡先				
八尾市立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日頃

診療情報	病名、主訴等	_____					
	検査依頼目的	_____					

検査項目	検査部位	その他
<input type="checkbox"/> CT		
<input type="checkbox"/> MRI		
<input type="checkbox"/> MRA		

◇問診（CT・MRI検査共通項目）

ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
--------------	----------------------------	----------------------------	--------	----------------------------	----------------------------

◇MRI検査を受ける方のみお答え下さい（材質についてはわかる範囲でご記入下さい）

金属心臓人工弁や人工内耳等	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	強度の閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(材質)		
体内金属（人工関節、ステント、コイル等）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(部位及び材質)		
歯科インプラント	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	(材質)		
義歯・義眼	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
眼内の金属異物	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	研磨・金属加工業の経験	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

画像出力 CD-R フィルム 不要

予約希望 ※なるべく記入ください

◎都合の悪い日時						
◎希望日時	第1希望	月	日	第2希望	月	日
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (CT単純のみ)					

備考	_____

八尾市立病院 地域医療連携室
FAX 072-922-8167
TEL 072-922-0887

※FAXは24時間稼働です。即日対応は20時到着分までです。