

CT・MRI（単純）検査予約申込書

紹介元医療機関情報

紹介先：八尾市立病院

医療機関名	
医師名	
住所	
TEL	— —
FAX	— —

診療申込科： _____ 科

希望医師名： _____ Dr

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。