

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"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 令和 | 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）

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 金属心臓人工弁や人工内耳等 | <input type="checkbox"/> 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 (材質 _____) | <input type="checkbox"/> 無 |
| 体内金属（人工関節、ステント、コイル等） | <input type="checkbox"/> 有 (部位及び材質 _____) | <input type="checkbox"/> 無 |
| 歯科インプラント | <input type="checkbox"/> 有 (材質 _____) | <input type="checkbox"/> 無 |
| 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。

