

山形大学医学部附属病院 放射線診断科 CT, MRI, 核医学 検査申込書

■送信元

貴医療機関名 :
(紹介元医療機関名)

診療科 :

予約申込日 : 令和 年 月 日

ご担当医師名 :

電話番号 :

FAX番号 :

■ご紹介患者情報

氏名	ふりがな	性別	住所
	様	男 女	
生年 月日	M・T・S ・H・R 年 月 日 歳	電話番号	
		貴院での受診状況	外来診療 入院治療中(診療科名)
診断名と症状等をご記入ください。併せて予約申込時には別途、診療情報提供書を必ずご添付ください。			
予約日のご希望(受診までの期間や、患者さんやご家族のご都合のよくない日等のご事情がありましたらご記入ください。)			

■依頼検査項目

- ☐ CT → ☐造影あり ☐造影なし 部位 :
☐ MRI → ☐造影あり ☐造影なし 部位 :
☐ RI → ☐脳血流シンチ (^{99m}Tc-ECD)
☐ダットスキャ (¹²³I-FP-CIT)
☐その他 (検査の種類)

■患者情報

山形大学医学部附属病院の受診歴 ☐ なし ☐ あり (当院のID)

(CTやMRI検査を申し込まれる場合、以下の項目も記入して下さい)

- ペースメーカー・ICD ☐ なし ☐ あり
その他の体内金属 ☐ なし ☐ あり
— ☐ はい ☐ いいえ
今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか ☐ なし ☐ あり ()
その時、副作用はありましたか ☐ なし ☐ あり ()
薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか ☐ なし ☐ あり ()
アレルギー性疾患の既往はありますか ☐ なし ☐ あり ()
今まで喘息と言われたことがありますか ☐ なし ☐ あり ()
最近の採血での腎機能 Crea or eGFR (年 月)
糖尿病で内服していますか? ☐ なし ☐ あり ()

(女性の方のみ)

妊娠中あるいは妊娠している可能性がありますか ☐ なし ☐ あり ☐ 不明

- ・ 予約確定後、上記紹介元医療機関へ「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ・ 予約受付時間は平日の8 : 30 ~ 17 : 00です。それ以外のお申し込みは翌業務日以降のお取り扱いとなります。

※当院使用欄

予 約 日	年 月 日 ()	予約時間	:	通信欄
		予約診療科		ID: