

# CT・MRI 予約申込書（兼 診療情報提供書）

〒090-8666  
 北見市北6条東2丁目1番地  
 北見赤十字病院 地域医療連携室 宛  
**FAX 0120-018-599**  
 TEL 0120-018-299

〈受付時間〉 8:30~16:00  
 〈休診日〉 土日祝日、5月1日  
 12月29日~1月3日

[紹介元] 申込年月日 年 月 日  
 医療機関名  
 住所  
 T E L  
 F A X  
 診療科  
 医師名  
 担当者名

太枠内を全て記入してFAXしてください。

ふりがな	旧姓	性別	年齢	生年月日
氏名	( )	男・女	才	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒			
電話	電話1 ( ) -	電話2 ( ) -		
緊急連絡先	氏名	ご関係	電話 ( ) -	
北見赤十字病院 患者番号	<input type="checkbox"/> あり (患者番号 ) <input type="checkbox"/> なし、不明 *旧姓や旧住所等を確認させていただくことがあります。			
保険情報	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠償 (保険会社: 担当者: 様)			
状態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: 月 日)			
予約希望日	*来院時間は8時のご案内になります。診察と検査の間に空き時間が発生することがあります。 第1希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 曜日希望あり (曜日) 第2希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( ) 第3希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> いつでも良い			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください		
	<input type="checkbox"/> 造影	部位 ( )	コード番号 ( )	
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください		
	<input type="checkbox"/> 造影	部位 ( )	コード番号 ( )	
<b>造影</b> の場合は必ず チェックしてください	<b>【重要】当院で実施不可と判断した場合は、単純撮影のみとさせていただきます。</b> *腎機能障害の有無に関係なく、3ヶ月以内に測定したCr とeGFR 値が必要です。 腎機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 測定日 年 月 日 [Cr mg/dL] [eGFR mL/min/1.73m <sup>2</sup> ]			
<b>MRI</b> の場合は必ず チェックしてください	MRI非対応または未確認の体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査を受けることができません) 心臓ペースメーカー、ICD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (循環器内科受診済み) 神経刺激装置 (SCS) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ペインクリニック内科受診済み)			

臨床経過、現症、検査目的 \*本欄は別添でも結構です

\*造影の場合 ... 「造影剤検査問診 事前調査シート」をあわせてFAX送信してください。  
 \*MRIの場合 ... 「MRI問診 事前調査シート」をあわせてFAX送信してください。  
 \*当院で実施不可と判断した場合は、検査ができないことがあります。