

# 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 地域連携課 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 関係 電話 ( ) -

北見赤十字病院 患者番号 あり (患者番号 )  
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 生保 労災 自賠責 (保険会社: 担当者: 様)

状態 外来で待っている すでに帰宅 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 ( ) 曜日希望あり ( 曜日)  
 第2希望日 月 日 ( ) 都合の悪い日 ( )  
 第3希望日 月 日 ( ) いつでも良い

CT 単純 指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください  
造影 部位 ( ) コード番号 ( )

MRI 単純 指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください  
造影 部位 ( ) コード番号 ( )

**造影**の場合は必ず  
 チェックしてください  
**【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。  
 \*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 なし あり  
 測定日 年 月 日 [Cr mg/dL] [eGFR mL/min/1.73m<sup>2</sup>]

**MRI**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 なし 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 なし あり (循環器内科受診済み)  
 神経刺激装置 (SCS) なし 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。