|  |
| --- |
| **CT・MRI　予約申込書（兼　診療情報提供書）** |

［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

〈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

〒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

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 | □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くことがあります。腎機能障害　　□なし　　□あり＊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。測定日　　　年　　月　　日　［Cr　　　mg/dL］　［eGFR　　　mL/min/1.73㎡］ |
| **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） |
| **体外測定器** | ＊除去してからの撮影になります。貼り替えをご持参下さい。 |
| 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。