

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

TEL

FAX

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	☐ 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 ☐ 造影	指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください 部位 () コード番号 ()		
☐ MRI	☐ 単純 ☐ 造影	指示伝票 (別紙) より選択しご記入ください 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 ☐ 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 m ²]			
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。