

検査予約申込書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住所

旭川医科大学病院

名称

患者総合サポートセンター

地域連携部門 宛

FAX: 0166-69-3044

主治医 _____

TEL: 0166-69-3055

FAX: _____

TEL: _____

フリガナ 患者氏名	_____様	性別	男・女	身長	_____cm
生年月日	大・昭・平・令 _____年 月 日	(_____ 歳)	体重	_____kg	
住所	_____	電話番号	_____	_____	
	希望日時①	_____年 月 日	(_____ 時頃)		
	希望日時②	_____年 月 日	(_____ 時頃)		

(傷病名)
(臨床診断、現病歴、理学的所見及び各種検査結果)

検査予約 (ご希望の検査の□にチェック願います)

<input type="checkbox"/> 単純エックス線	: 希望部位・方向 (_____)					
<input type="checkbox"/> 超音波検査	: <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
<input type="checkbox"/> CT検査	: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
<input type="checkbox"/> MR検査	: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 肩・膝関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">[</td> <td>●体内金属: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (_____)</td> <td>●妊娠: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>●前回撮影: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td>●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </table>		[●体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	●妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●前回撮影: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
[●体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)		●妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	●前回撮影: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
<u>CT・MR検査時に造影剤使用を希望</u> : <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません						
造影剤使用を希望する場合→ ●腎機能: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (Cre. 値 _____) ●喘息: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 現在治療中) ●甲状腺疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ●感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) ●CT用ヨード造影剤過敏症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ●MRI用Gd造影剤過敏症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※放射線科医の判断にて、造影を中止することもありますのでご了承願います。						
<input type="checkbox"/> 核医学検査	: <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 肺換気/血流 <input type="checkbox"/> 肝予備能 <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髄質 <input type="checkbox"/> 心筋 (<input type="checkbox"/> 安静時心筋血流 <input type="checkbox"/> 脂肪酸代謝 <input type="checkbox"/> 交感神経機能) <input type="checkbox"/> 脳血流 (動脈採血 要 不要) <input type="checkbox"/> DATスキャン <input type="checkbox"/> 脳アミロイドPET <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
<input type="checkbox"/> 骨密度検査						

診療情報提供書（検査予約申込書）

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

患者総合サポートセンター

地域連携部門 宛

主治医 _____

FAX: _____

TEL: _____

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	男・女	身長	_____ cm
生年月日	大・昭・平・令 〒 _____ 年 月 日	(_____ 歳)	体重	_____ kg	
住 所	_____	電話番号	_____ - _____		

(傷病名)
(臨床診断、現病歴、理学的所見及び各種検査結果)

検査予約（ご希望の検査の□にチェック願います）

<input type="checkbox"/> 単純エックス線	: 希望部位・方向 (_____)				
<input type="checkbox"/> 超音波検査	: <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
<input type="checkbox"/> CT検査	: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
<input type="checkbox"/> MR検査	: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 肩・膝関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
<table border="0"> <tr> <td>●体内金属: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (_____)</td> <td>●妊娠: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>●前回撮影: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td>●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </table>		●体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	●妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●前回撮影: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	●妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
●前回撮影: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
CT・MR検査時に造影剤使用を希望 : <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません					
造影剤使用を希望する場合→ ●腎機能: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (Cre. 値 _____) ●喘息: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 現在治療中)					
●甲状腺疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ●感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)					
●CT用ヨド造影剤過敏症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ●MRI用Gd造影剤過敏症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※放射線科医の判断にて、造影を中止することもありますのでご了承願います。					
<input type="checkbox"/> 核医学検査	: <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 肺換気/血流 <input type="checkbox"/> 肝予備能 <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髄質 <input type="checkbox"/> 心筋 (<input type="checkbox"/> 安静時心筋血流 <input type="checkbox"/> 脂肪酸代謝 <input type="checkbox"/> 交感神経機能) <input type="checkbox"/> 脳血流 (動脈採血 要 不要) <input type="checkbox"/> DATスキャン <input type="checkbox"/> 脳アミロイドPET <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
<input type="checkbox"/> 骨密度検査					

検査予約について

【医療機関の先生方へ】

- 1) 1枚目「検査予約申込書（貴院控）」に必要事項をご記入のうえ、患者総合サポートセンター地域連携部門までFAXでお送り下さい（FAX：0166-69-3044）。
- 2) 患者総合サポートセンター地域連携部門では希望（予約）日時を放射線部等に照会・確認後、「検査予約連絡票」にて予約日時をFAXで連絡します。
- 3) 2枚目は本院への「診療情報提供書」となっております。患者さんへお渡しください。
- 4) 読影所見を記した「検査結果報告書」及び撮影データ（CD-R）は、申込医療機関の担当先生へ後日郵送となります。

※ 原則として、読影を含めた診療予約となります。

※ 核医学検査の場合、検査希望日の前日12時までには予約をお願いします。

※ 造影剤使用検査及び腹部超音波検査の場合、絶食が必要です。検査予約時間が8時30分から13時00分は朝食及び昼食、14時以降は昼食を摂らないようお伝えください（核医学検査の場合につきましては、別途お知らせします）。

※ 小児で造影検査希望の場合は、先ず本院小児科を受診していただきます（「予約申込書」により、診療の予約をお願いします）。

※ ペースメーカーを装着の方は、MR検査を受けていただくにあたって、手術を行った医療機関に撮影の可否を確認していただく場合があります。

※ 本院で別途患者さんから承諾書をいただきます。

.....（きりとり）.....

【患者さんへ】

- 1) 検査予定時間30分前までに、2階正面受付カウンター1番または2番窓口へ、午後は3番または5番窓口においでください。
- 2) 患者さんのご都合で検査を中止する場合は、患者総合サポートセンター地域連携部門に前日まで（核医学検査を予約の方は前日12時まで）に必ず連絡をしてください。
- 3) MR検査を受けられる方は
 - ① 磁気に影響される物を身に付けたり持ち込まないようにしてください（カラーコンタクト、かつら類、つけ爪、ヘアピン、時計、貴金属類、入れ歯など）。
 - ② 化粧品の中には顔料として金属を含んでいるものがありますので、落としておいてください。

【連絡・問合せ】

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院 患者総合サポートセンター地域連携部門

TEL： 0166-69-3055

FAX： 0166-69-3044