検査予約申込書

【 検査予約 】

① ＣＴ、ＭＲＩ、ＲＩ、マンモグラフィー、心エコーについて予約を承っております。
予約内容をご記入後、検査予約申込書をＦＡＸにてお送りください。

② ＦＡＸ受信後、検査日時を決定させていただきます。
なお、検査によっては放射線科から確認のお電話をいたします。

③ 直ちに「初診予約票」をＦＡＸにて送付いたします。患者には、「初診予約票」と「紹介状（診療情報提供書）」をお持たせください。

【 お願い 】

ＦＡＸでの申し込みは８時45分から17時までとなっておりますが、翌日検査希望の場合は、原則として前日（月～金）の15時までにお願いいたします。

【 予約申込書について 】

予約申込書は３枚１組で複写となっております。ご記入の際は、切り取るか、下敷きを敷いてご使用くださいますようお願いいたします。なお、予約申込書がなくなりましたら、地域医療連携室までご連絡ください。こちらより郵送させていただきます。

長崎県島原病院
地域医療連携室　ＴＥＬ：0957-63-1145（内線：116）（問い合せ・資料請求）
ＦＡＸ：0957-63-6544　（予約用）
予約受付時間　月～金　８：45～17：00〔翌日検査の場合は、15時までにお願いします。〕
（17：00以降については、翌日の取扱となります）
休診日　土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12月29日～１月３日）

長崎県島原病院

H26.10. 3×20×200

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

科 御中

医療機関名

所　在　地

TEL　　FAX

科　医師名　　印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
住　所	〒		TEL （　）	

検　査　予　約　申　込　書

3枚複写になっております。

長崎県島原病院　　TEL：0957-63-1145
地域医療連携室　　FAX：0957-63-6544

【検 査 項 目】

MRI	造影希望　□有　□無	CT	造影希望　□有　□無
	※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします □頭部　□眼窩　□頚部　□胸部　□腹部 □骨盤腔　□頚椎　□胸椎　□腰椎 □MRCP　□VSRAD　□その他（　）		※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします □頭部　□頚部　□胸部　□腹部（肝～腎） □骨盤腔　□眼窩　□副鼻腔 □頚椎　□胸椎　□腰椎 □冠動脈造影CT □その他（　）
	[特記事項：必ずチェックをお願いします]		
	①心臓ペースメーカー　□有　□無	RI	□骨シンチ
	②人工内耳　□有　□無		□その他（　）
	③脳動脈クリップ　□有　□無		※骨シンチ以外のRI検査については、別途患者情報が必要ですので、RI検査患者情報送付書を併せてFAX送信をお願いします
	④脳室シャントチューブ　□有　□無		
	⑤手術歴※有の場合（　）　□有　□無		
	⑥体内金属※有の場合（　）　□有　□無		
	⑦閉所恐怖症　□有　□無	エコー	□腹部　□心　□頚動脈　□甲状腺　□乳腺 □その他（　）
	⑧仰臥位で安静（約1時間）　□可　□不可	胃内視鏡	□胃内視鏡
	⑨歩行　□可　□不可		・グルカゴン使用　□可　□不可
※造影特記事項	1）アレルギー歴　□有　□無		・ブスコパン使用　□可　□不可
	2）造影の既往　□有　□無		・抗血栓薬の使用　□有　□無
	3）造影の副作用　□有　□無		※有の場合（薬剤名：　）
	4）心疾患既往　□有　□無		（休薬期間：　）
	5）気管支ぜんそく　□有　□無 ※有の場合は原則造影はできません		・感染症
			※陽性の場合はチェックして下さい
	6）腎機能障害　□有　□無 ※予約後「検査報告書」を送信致します。3か月以内のデータ（BUN・クレアチニン）を記入し当日持参ください。		□HBs抗原　□HCV抗体
		その他	□マンモグラフィー
	7）メトホルミン製剤の服用　□有　□無 ※服用中の場合は、造影CT検査前48時間、検査後48時間の休薬をお願いします。		□その他（　）

H26.10. 3×20×200

ファクシミリ申込書　1枚目

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

科 御中

医療機関名

所　在　地

TEL　　FAX

科　医師名　　印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
住　所	〒		TEL （　）	
紹介目的				
主訴及び 傷病名				
既往歴 及び 家族歴	薬物アレルギー			
病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				

MRI

造影希望　□有　□無

※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします

□頭部　□眼窩　□頚部　□胸部　□腹部
□骨盤腔　□頚椎　□胸椎　□腰椎
□MRCP　□VSRAD　□その他（　）

[特記事項：必ずチェックをお願いします]

①心臓ペースメーカー	□有	□無
②人工内耳	□有	□無
③脳動脈クリップ	□有	□無
④脳室シャントチューブ	□有	□無
⑤手術歴※有の場合（　）	□有	□無
⑥体内金属※有の場合（　）	□有	□無
⑦閉所恐怖症	□有	□無
⑧仰臥位で安静（約1時間）	□可	□不可
⑨歩行	□可	□不可

※造影特記事項

1）アレルギー歴	□有	□無
2）造影の既往	□有	□無
3）造影の副作用	□有	□無
4）心疾患既往	□有	□無
5）気管支ぜんそく	□有	□無
※有の場合は原則造影はできません		
6）腎機能障害	□有	□無
※予約後「検査報告書」を送信致します。3か月以内のデータ（BUN・クレアチニン）を記入し当日持参ください。		
7）メトホルミン製剤の服用	□有	□無
※服用中の場合は、造影CT検査前48時間、検査後48時間の休薬をお願いします。		

CT

造影希望　□有　□無

※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします

□頭部　□頚部　□胸部　□腹部（肝～腎）
□骨盤腔　□眼窩　□副鼻腔
□頚椎　□胸椎　□腰椎
□冠動脈造影CT
□その他（　）

RI

□骨シンチ
□その他（　）
※骨シンチ以外のRI検査については、別途患者情報が必要ですので、RI検査患者情報送付書を併せてFAX送信をお願いします

エコー

□腹部　□心　□頚動脈　□甲状腺　□乳腺
□その他（　）

胃内視鏡

□胃内視鏡

・グルカゴン使用	□可	□不可
・ブスコパン使用	□可	□不可
・抗血栓薬の使用	□有	□無

※有の場合（薬剤名：　）
（休薬期間：　）
・感染症
※陽性の場合はチェックして下さい
□HBs抗原　□HCV抗体

その他

□マンモグラフィー
□その他（　）

H26.10. 3×20×200

長崎県島原病院提出用　2枚目

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

科 御中

医療機関名

所　在　地

TEL　　FAX

科　医師名　　印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
住　所	〒		TEL （　）	
紹介目的				
主訴及び 傷病名				
既往歴 及び 家族歴	薬物アレルギー			
病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				

MRI

造影希望　□有　□無

※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします

□頭部　□眼窩　□頚部　□胸部　□腹部
□骨盤腔　□頚椎　□胸椎　□腰椎
□MRCP　□VSRAD　□その他（　）

[特記事項：必ずチェックをお願いします]

①心臓ペースメーカー	□有	□無
②人工内耳	□有	□無
③脳動脈クリップ	□有	□無
④脳室シャントチューブ	□有	□無
⑤手術歴※有の場合（　）	□有	□無
⑥体内金属※有の場合（　）	□有	□無
⑦閉所恐怖症	□有	□無
⑧仰臥位で安静（約1時間）	□可	□不可
⑨歩行	□可	□不可

※造影特記事項

1）アレルギー歴	□有	□無
2）造影の既往	□有	□無
3）造影の副作用	□有	□無
4）心疾患既往	□有	□無
5）気管支ぜんそく ※有の場合は原則造影はできません	□有	□無
6）腎機能障害 ※予約後「検査報告書」を送信致します。3か月以内のデータ（BUN・クレアチニン）を記入し当日持参ください。	□有	□無
7）メトホルミン製剤の服用 ※服用中の場合は、造影CT検査前48時間、検査後48時間の休薬をお願いします。	□有	□無

CT

造影希望　□有　□無

※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします

□頭部　□頚部　□胸部　□腹部（肝～腎）
□骨盤腔　□眼窩　□副鼻腔
□頚椎　□胸椎　□腰椎
□冠動脈造影CT
□その他（　）

RI

□骨シンチ
□その他（　）
※骨シンチ以外のRI検査については、別途患者情報が必要ですので、RI検査患者情報送付書を併せてFAX送信をお願いします

エコー

□腹部　□心　□頚動脈　□甲状腺　□乳腺
□その他（　）

胃内視鏡

□胃内視鏡

・グルカゴン使用	□可	□不可
・ブスコパン使用	□可	□不可
・抗血栓薬の使用	□有	□無

※有の場合（薬剤名：　）
（休薬期間：　）
・感染症
※陽性の場合はチェックして下さい
□HBs抗原　□HCV抗体

その他

□マンモグラフィー
□その他（　）

H26.10. 3×20×200

貴院（紹介元医療機関）控　3枚目