

検査予約申込書

【 検査予約 】

- ① CT、MRI、RI、マンモグラフィー、エコー、胃内視鏡等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 約15分以内に、「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、前日（月～金）の15時までにお願いたします。

【 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：106）（問い合わせ・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

年 月 日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

医療機関名
所在地

科 御中
検査希望日 月 日 () 曜日

TEL FAX
科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 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
地域医療連携室

TEL : 0957-63-1145
FAX : 0957-63-6544

【 検 査 項 目 】

M R I	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします	C T R I E C O G R A P H Y	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝～腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他()
	②人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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
	③脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	④脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑤手術歴※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑥体内金属※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑦閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他()
⑧仰臥位で安静(約1時間) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	胃 内 視 鏡 そ の 他		
⑨歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
1)アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 ・ブスコパン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・グルカゴン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・抗血栓薬の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2)造影の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※有の場合(薬剤名：) (休業期間：)	
3)造影の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・感染症 ※陽性の場合はチェックして下さい <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体	
4)心疾患既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	
5)気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は原則造影はできません		<input type="checkbox"/> 骨盤計測 <input type="checkbox"/> その他()	
6)腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。			

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

医療機関名
所在地

科 御中
検査希望日 月 日 () 曜日

TEL FAX
科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 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			
症状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				

M R I	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします	C T R I E C O G R A P H Y	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝～腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	②人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	③脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	④脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑤手術歴※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑥体内金属※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	⑦閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
⑧仰臥位で安静(約1時間) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
⑨歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
※造影特記事項	1) アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	胃 内 視 鏡 そ の 他	2) 造影の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3) 造影の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		3) 造影の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	4) 心疾患既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		4) 心疾患既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	5) 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は原則造影はできません		5) 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は(薬剤名：) (休業期間：)
	6) 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。		6) 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※陽性の場合はチェックして下さい <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体
	7) メトホルミン製剤の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。		7) メトホルミン製剤の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			・マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨盤計測 <input type="checkbox"/> その他()

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

医療機関名

所在地

科 御中
検査希望日 月 日 () 曜日

TEL FAX

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 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			
症状経過 治療経過 検査所見 現在の処方				

M R I	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします	C T R I E C O G R A P H Y	造影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝～腎) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他()
	②人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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
	③脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他()
	④脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 ・ブスコパン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・グルカゴン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・抗血栓薬の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑤手術歴※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※有の場合(薬剤名：) (休業期間：) ・感染症 ※陽性の場合はチェックして下さい <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体
	⑥体内金属※有の場合() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨盤計測 <input type="checkbox"/> その他()
	⑦閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
⑧仰臥位で安静(約1時間) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
⑨歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
※造影特記事項			
1) アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
2) 造影の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
3) 造影の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
4) 心疾患既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
5) 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は原則造影はできません			
6) 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。			