

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	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
総合医療支援センター

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

【 検 査 項 目 】

【放射線検査全般の注意事項】 持続グルコース測定器を装着している方はレントゲン、CT、MRI、RI検査できません。必ず外してください。	
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 ☐頸部 ☐胸部 ☐腹部 ☐骨盤腔 ☐頸椎 ☐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手術歴※有の場合() ☐有 ☐無 ⑤体内金属※有の場合() ☐有 ☐無 ⑥ステント ☐有 ☐無 ⑦心臓人工弁 ☐有 ☐無 ⑧刺青 ☐有 ☐無 ⑨脳室シャントチューブ ☐有 ☐無 ⑩閉所恐怖症 ☐有 ☐無 ⑪仰臥位で安静(約1時間) ☐可 ☐不可 ⑫歩行 ☐可 ☐不可	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 ☐頸部 ☐胸部 ☐腹部(肝～腎) ☐骨盤腔 ☐眼窩 ☐副鼻腔 ☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐冠動脈造影CT ☐その他() ☐骨シンチ ☐脳血流シンチ ☐ダットスキャン ☐その他() ※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 ☐腹部 ☐甲状腺 ☐乳腺 ☐その他() ☐胃内視鏡 ・ブスコパン使用 ☐可 ☐不可 ・グルカゴン使用 ☐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 ☐マンモグラフィー ☐骨盤計測 ☐その他()
※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)気管支喘息 ☐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(CTのみ) ☐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。	

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	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				

【放射線検査全般の注意事項】

持続グルコース測定器を装着している方はレントゲン、CT、MRI、RI検査できません。必ず外してください。

M R I	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	C T R I エ コ ー グ ラ フ ィ ー 胃 内 視 鏡 そ の 他	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 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ MRCP ☐ VSRAD ☐ その他()		☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部(肝～腎) ☐ 骨盤腔 ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸椎 ☐ 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】		☐ 骨シンチ ☐ 脳血流シンチ ☐ ダットスキャン ☐ その他() ※RI検査については、別途患者情報が必要です、 RI検査患者情報送付書を併せてFAX送信をお願いします
	①心臓ペースメーカー ☐ 有 ☐ 無		☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ 乳腺 ☐ その他()
	②人工内耳 ☐ 有 ☐ 無		☐ 胃内視鏡 ・ブスコパン使用 ☐ 可 ☐ 不可 ・グルカゴン使用 ☐ 可 ☐ 不可 ・抗血栓薬の使用 ☐ 有 ☐ 無 ※有の場合(薬剤名：) (休薬期間：)
	③脳動脈クリップ ☐ 有 ☐ 無		・感染症 ※陽性の場合はチェックして下さい ☐ HBs抗原 ☐ HCV抗体
	④手術歴※有の場合() ☐ 有 ☐ 無		☐ マンモグラフィー
	⑤体内金属※有の場合() ☐ 有 ☐ 無		☐ 骨盤計測
	⑥ステント ☐ 有 ☐ 無		☐ その他()
	⑦心臓人工弁 ☐ 有 ☐ 無		
	⑧刺青 ☐ 有 ☐ 無		
	⑨脳室シャントチューブ ☐ 有 ☐ 無		
⑩閉所恐怖症 ☐ 有 ☐ 無			
⑪仰臥位で安静(約1時間) ☐ 可 ☐ 不可			
⑫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)気管支喘息 ☐ 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(CTのみ) ☐ 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。		

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	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				

【放射線検査全般の注意事項】

持続グルコース測定器を装着している方はレントゲン、CT、MRI、RI検査できません。必ず外してください。

M R I	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	C T R I エ コ ー 胃 内 視 鏡 そ の 他	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 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ MRCP ☐ VSRAD ☐ その他()		☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部(肝～腎) ☐ 骨盤腔 ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸椎 ☐ 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】		☐ 骨シンチ ☐ 脳血流シンチ ☐ ダットスキャン ☐ その他() ※RI検査については、別途患者情報が必要です、 RI検査患者情報送付書を併せてFAX送信をお願いします
	①心臓ペースメーカー ☐ 有 ☐ 無		☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ 乳腺 ☐ その他() ☐ 胃内視鏡 ・ブスコパン使用 ☐ 可 ☐ 不可 ・グルカゴン使用 ☐ 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 ☐ マンモグラフィー ☐ 骨盤計測 ☐ その他()
	②人工内耳 ☐ 有 ☐ 無		
	③脳動脈クリップ ☐ 有 ☐ 無		
	④手術歴※有の場合() ☐ 有 ☐ 無		
	⑤体内金属※有の場合() ☐ 有 ☐ 無		
	⑥ステント ☐ 有 ☐ 無		
	⑦心臓人工弁 ☐ 有 ☐ 無		
	⑧刺青 ☐ 有 ☐ 無		
	⑨脳室シャントチューブ ☐ 有 ☐ 無		
⑩閉所恐怖症 ☐ 有 ☐ 無			
⑪仰臥位で安静(約1時間) ☐ 可 ☐ 不可			
⑫歩行 ☐ 可 ☐ 不可			
※造影特記事項	1)アレルギー歴 ☐ 有 ☐ 無	胃 内 視 鏡 そ の 他	
	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)気管支喘息 ☐ 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(CTのみ) ☐ 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。		