



FAX送信票・名寄市立総合病院 検査 予約申込書

【送信先】

送信日 平成 年 月 日
 名寄市立総合病院 地域医療連携室 宛
 〒096-8511 北海道名寄市西7条南8丁目1番地
 TEL: 01654(3)3101(代表)
 FAX: 01654(3)3107(直通)



【紹介元医療機関】

医療機関名 :
 住所 :
 電話番号 :
 FAX番号 :
 医師氏名 :
 連絡担当者 :

【受診者】

フリガナ		性別
氏名	様	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	(歳)
住所		電話 ()
希望検査日時	平成 年 月 日 午後 時 分	

* 検査は14時以降になります。
 * 緊急の場合は、この申込書を使用せず、直接該当診療科にお申し出ください。

CT検査(単純)

撮影部位及び希望範囲、コメント等ご記入ください。

頸部血管エコー

* 時間については当院で指定させていただきますのでご了承ください。

MRI検査(単純)

撮影部位、及び具体的な所見を記入してください

撮影方法:

当院ルーチン

他()

* 体内金属(ペースメーカー等)を使用している患者様の撮影は行えません。

但し、「条件付きMRI撮影可能ペースメーカー等」を使用している患者様は当院循環器内科を受診後に撮影が可能な場合がありますので、下記【検査予約運用上のご注意】に準拠し「診療予約申込書」にて申し込んで下さい。

【検査予約運用上のご注意】

- ・造影剤を使用するの撮影や、読影をご希望の場合は、受診が必要となります。通常受診予約をお願いいたします。
- ・検査終了後、画像データを患者様ご自身に持参していただきます。
- ・検査日が確定しましたら、「検査予約受付表」を折り返しFAXいたします。
- ・撮影・検査時間は予約時間より多少前後する場合がございます。予めご了承ください。
- ・迅速な処理を行いますが、万が一、返信がない場合はご一報ください。

◆条件付きMRIペースメーカー等使用患者様のMRI検査について

- ・条件付きMRIペースメーカー等使用患者様は循環器内科を「受診」していただきますので、「検査予約申込書」ではなく「診療予約申込書」にて「受診予約」を行ってください。
- ・主治医は必ず使用中のペースメーカー等が「MRI 撮影対応」機種であることを確認してから、申し込んでください。(患者様は必ず各メーカーから送付された「条件付き MRI 撮影可能」等のカードを所持しております)
- ・MRI撮影可能なペースメーカー等でも、医師の診察結果およびペースメーカー等の作動状況によってはMRI撮影が行えない場合がありますので、ご了承ください。
- ・当院でMRI撮影が可能なメーカーは「Medtronic」「Boston」「BIOTRONIK」の3社のみです。