

FAX: 01654-3-3107



名寄市立総合病院 (CT・MRI・骨塩定量) 検査 予約申込書

送信日 年 月 日

【送信先】

名寄市立総合病院 患者総合支援センター 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	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生		(歳)
住 所			電 話 () _____
希 望 日 時	年 月 日 午後 時 分 (検査は14時以降になります)		
紹介元現状	☐ 紹介元病院入院中		☐ 紹介元病院通院中
当院受診の有無	ある (年頃) 入院 ・ 外来 【ID _____】 ・ なし		
☐ 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。		☐ 骨塩定量 骨密度 腰椎(正面)大腿骨頸部 ※ 身長()cm ※ 体重()kg ※必須項目です	
☐ 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: ☐ 有 (右側に詳細) → ☐ 無		☐ MRI検査(体内金属・電気的心臓デバイス) ※ メーカーチェックをお願いします ☐ メトロニック ☐ ポストン ☐ バイオトロニック ☐ アボット(旧 SJM) ☐ (日本)マイクロポート(旧ライフライン) ・当院でMRI撮影が可能なメーカーは上記の5社です。 ・撮影可能なメーカーであっても、医師の診察結果及び作動状況によっては撮影ができない場合があります。 ☐ MRI検査(体内金属・上記以外) ()	

【検査予約上のご注意】

・検査日が確定しましたら、「検査予約受付票」を折り返しFAXいたします。返信がない場合はご連絡ください。
・造影剤を使用しての撮影や、読影をご希望の場合は、検査予約での申込はお受けできませんので通常の診療予約をお願いいたします。

・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。

・検査終了後、画像データは患者様ご自身にお持ち帰りいただきます。

◆ 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

・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、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。

必ず事前に貴院にてご確認のうえ、当日患者様はご持参する様お願い致します。