



検査予約申し込み書

令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
性別	生年月日
男・女	大・昭・平・令 年 月 日 才
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
妊娠	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り

【紹介元医療機関名】

チェックは濃い目をお願いします ※確認が必要な場合は問い合わせをさせていただきます。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 施行医に任せる
	●造影剤使用の可能性がある場合は以下の項目のご記入をお願いします ・血清クレアチニン値 _____ mg/dl (3ヶ月以内の数値) <input type="checkbox"/> 呉市医師会臨床検査センターへ提出 (あくせすより問い合わせる) ・ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・ヨードアレルギー <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明 ・喘息 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
	●撮影部位が胸部および骨系の場合は単純X線写真の添付をお願いします <input type="checkbox"/> 集配で送付、または当日持参する <input type="checkbox"/> CT検査時に単純X線写真撮影を希望する

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> MRA (部位)
	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 施行医に任せる
	●造影剤使用の可能性がある場合は以下の項目のご記入をお願いします ・血清クレアチニン値 _____ mg/dl (3ヶ月以内の数値) <input type="checkbox"/> 呉市医師会臨床検査センターへ提出 (あくせすより問い合わせる) ・MRI造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明 ・喘息 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
	・脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・体内金属(入れ墨含む) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	●撮影部位が胸部および骨系の場合は単純X線写真の添付をお願いします <input type="checkbox"/> 集配で送付、または当日持参する <input type="checkbox"/> MRI検査時に単純X線写真撮影を希望する

<input type="checkbox"/> 単純X線	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量
-------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺
--------------------------------	--

<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸
	・抗血小板薬・抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り () ※大腸内視鏡検査の場合、ピコスルファートまたはラキソベロン1本処方をお願いします ※入院での検査や大腸内視鏡治療希望の際はお電話でのご予約をお願いします

希望日時

① 月 日 () 午前・午後 時 分

② 月 日 () 午前・午後 時 分