

「高額医療機器共同利用」のご案内

平成 23 年 9 月 1 日より、地域の先生方と連携し依頼検査を実施いたします。
なお、患者様からの直接のご予約はお受けしておりません。

- | | |
|------------|--|
| 1. 予約可能な検査 | ①単純CT
②MRI（3テスラ及び1.5テスラ）
③RI：脳血流（負荷なし）・骨
*造影検査の場合は、各診療科へのご紹介となります。 |
| 2. 検査施行日時 | ①単純CT 月曜日～土曜日 13：00～16：30
②MRI 月曜日～土曜日 13：00～16：30
③RI 月・火・金 9：00～11：30（放射線医師対応） |

予約方法その他

- 電話連絡の上、日時が決まりましたら「CT・MRI検査依頼書（兼診療情報提供書）」をFAXにてお送り下さい。
 - 「CT・MRI検査依頼書」は、当院ホームページよりダウンロード（PDF形式）できます。
 - RI検査依頼書の指定はございません。一般の診療情報提供書をご活用下さい。
 - 当院の診療情報提供書をご希望の場合は、ご一報いただければ郵送いたします。
- 予約日時決定後、折り返し「検査予約票」をFAX致します。
- 「検査予約票」ご確認いただき、患者様には予約当日①「検査予約票」②「診療情報提供書」（原本）③「保険証」を持参の上、総合受付（紹介患者窓口）に検査予約時間 20 分前までにお越しになるようお願い下さい。
- 検査結果（読影レポート・CD-ROM・フィルム）は、後日郵送いたします。
 - 読影レポートの関係上、通常2～3日で発送可能となります。
 - CD-ROM・フィルムを患者様に持参していただく場合は、申込み時お伝え下さい。
- キャンセルについて
RI検査に使用する医薬品は高価であり、この検査にしか使用できません。ご都合により当日検査が受けられない場合は、予約前日の16時（午後4時）までに地域医療連携室にご連絡下さい。

国際医療福祉大学病院
地域医療連携室

CT・MRI 検査依頼書（兼診療情報提供書）

※ 造影検査の場合は各診療科へご紹介ください。

平成 年 月 日

国際医療福祉大学病院

貴院の名称

地域医療連携室 行

所在地

FAX 番号 0287-38-2787

電話番号

FAX 番号

医師名

(フリガナ)			生年月日	性別
患者氏名			明・大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
検査区分	CT・MRI	画像のご提供方法	CD-R・フィルム	
		画像の搬送方法	郵送・ご本人手渡し	
		読影レポート	必要・不要	
		読影の搬送方法	郵送・FAX	
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤 ()		
	<input type="checkbox"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 四肢 ()		
	<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()		
	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()		
診 断 名				
検査目的 病 歴 等				
ペースメーカーの有無	有・無	※ 有の場合はペースメーカーの機種・型式をご確認ください。 次の機種ではCT検査ができない場合があります。 <u>メトロニック社 InSync8040型</u>		
その他体内金属の有無	有・無	※ 有の場合は、部位や素材、挿入年月日など出来るだけ詳しくご記入ください。 ()		
手術歴	有・無	感染症	HBS	: + ・ - ・ 未
刺青	有・無		HCV	: + ・ - ・ 未
妊娠	有・無		TPHA	: + ・ - ・ 未
			他()	: + ・ - ・ 未

※ 本紙は検査当日ご持参いただき、総合受付へご提出ください。