

共同利用 紹介状兼申込書(単純検査のみ、読影なし)

(依頼先)

依頼日:

年

月

日

送信先 : 心臓血管センター金沢循環器病院 放射線部	受付時間 : 8時30分～17時00分
FAX番号 : 076-253-0008(病院代表)	

(依頼医療機関)

所在地 :	
医療機関名 :	電話番号 :
医師名 :	FAX番号 :

* 下記患者さまについて、医療機器の利用を申し込みます。

なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院に一任します。

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年月日	年	月	日
		年齢	歳		
住所	〒 -	市			
電話番号		携帯番号			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
既往歴等					
検査日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分

依頼検査	部位				
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎	(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)	
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> その他	()	
CT	<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"/> 脊椎	(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎)	<input type="checkbox"/> 四肢	
	<input type="checkbox"/> その他()				
検査目的					
造影剤	*単純検査のみお受け致します		妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中(又は可能性あり)	
体内金属手術歴	<input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD <input type="checkbox"/> ペースメーカー (メーカー名) <input type="checkbox"/> V-Pシャント <input type="checkbox"/> インスリンポンプ装置 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器 その他()				
画像データ	画像データのお届けは、郵送と患者さまにお預けし貴院に届けていただく方法がございます。ご希望されるお届け方法のチェック欄にチェックをお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 郵送(平日で2～3日後に到着します)			<input type="checkbox"/> 患者様にお預けする	