



ID	受付確認
最終受診歴	連携室担当者
年 月 日	

### 画像診断検査予約申し込み票

年 月 日

患者様の情報	フリガナ	(男・女)
	氏名	様
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	現住所	
	電話	
	保険番号	
	記号・番号	
	公費負担者番号	
	公費受給者番号	

貴医療機関名
医師名
TEL
FAX

当日の緊急を要する検査のご紹介はご遠慮いただいております。その場合、迅速な対処・治療等を考慮して直接急患部及び適切と思われる診療科へのご連絡をお願い申し上げます。

**MRI検査とRI検査には可能な時間および曜日に指定があります。ご了承ください。**

必要項目への記載・該当に☑・印をお付けください

検査項目	MRI検査 <sup>2</sup>	造影希望 <sup>1</sup>	頭部・脊椎髄・腹部・その他( )
	CT検査	造影希望 <sup>1</sup>	頭部・胸部・腹部・その他( )
	RI検査 <sup>3</sup>	脳スペクト・骨シンチグラム・その他( )	
	その他( )		
病名・検査目的			
移動: 独歩・杖歩行・車イス・その他( )			

<sup>1</sup>造影剤使用に関して同意・承諾をご確認のうえ☑をお願いします。

<sup>1</sup>腎機能の低下・喘息などの既往歴がある場合、造影検査は行えません。

<sup>2</sup>MRI検査は心臓のペースメーカー装着の方は検査できません。

<sup>2</sup>MRI検査は月～金曜日Cの時間帯となります。ただし火・木曜日はBも可能です。

<sup>3</sup>脳スペクト検査・月～金曜日Cの時間帯(月曜と木曜日に限りABC全て可)。

骨シンチグラム・月～金曜日のA。その他( )については直接電話☎にて問い合わせください。

予約希望日(時間帯 A:8時30～10時 B:10時～12時 C:14時～16時)			
第1希望	月 日 ( )	曜日	A・B・C
第2希望	月 日 ( )	曜日	A・B・C
第3希望	月 日 ( )	曜日	A・B・C
予約済の場合の日時	月 日 ( )	時 分	

画像提供方法 <sup>4</sup>
フィルム不要
<sup>4</sup> フィルム不要をご希望の場合、画像データはCDでの提供となります。

FAX番号 0823 (22) 2116

呉共済病院 放射線科・地域医療連携室  
☎(0823)22-2111