

FAX 番号 0823(22)2116

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院 地域医療連携室 宛

TEL 0823(22)2111

ID			連携室担当者
最終受診歴	年	月 日	

画像診断検査予約申し込み票

患者さまの情報	フリガナ	(男・女)
	氏名	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日(才)
	現住所	〒
	電話番号	
	保険者番号	
	記号・番号	
	公費負担者番号	
	公費受給者番号	

年 月 日

《紹介元医療機関名》

必要項目への記載、該当欄へ☑・○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/> MRI検査※3 (原則、1部位です)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎髄 上肢・下肢・その他()	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影※1
	<input type="checkbox"/> CT検査※2 頭部・頸部・胸部・腹部・四肢・インプラント その他()	採血日: _____ 月 _____ 日 (3ヶ月以内) 血清クレアチニン値: _____ (mg/dl) 又は eGFR 値: _____ (ml/min/1.73mm ²) 経口糖尿病薬 内服: 無・有()
	<input type="checkbox"/> RI検査※2 脳スペクト・骨シンチグラム・その他 ()	
医療放射線被ばくに関する説明と同意 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ※2 CT・RI 検査時には説明と同意必須 病名、検査目的、症状経過、その他 移動: 独歩・杖歩行・車椅子・その他()		
予約希望日	第1希望 _____ 月 _____ 日 () 午前 ・ 午後	
	第2希望 _____ 月 _____ 日 () 午前 ・ 午後	
画像提供方法	CDと画像診断報告書を紹介元医療機関に郵送いたします。フィルム希望はお知らせください。	

※1 造影剤使用に関して:

- ① 事前に同意・承諾をお願いします。(副作用リスクが高いと判断した場合、単純に変更させていただきます。)
- ② 腎機能検査(血清クレアチニン値またはeGFR値)が必須となります。
- ③ ビグアナイド系経口糖尿病薬を内服の方は、造影剤投与48時間前から投与後48時間まで休薬ください。

※2 医療法一部改正に伴い、CTとRI検査は、医療被ばく等に関する事前説明・同意を行って頂くことが必須となりました。

※3 心臓ペースメーカー装着の方のMRI検査はできません。