

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(27)5530

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)	年 月 日
	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		

《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 <small>(原則、1部位です)</small>	頭部・頸部・胸部 頚椎・胸椎・腰椎・関節 () 肝臓・膵臓・胆のう 腎臓・膀胱・前立腺・子宮卵巣 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・骨盤・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"/> 核医学検査※2 脳血流・骨シンチ・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・核医学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)を事前^にお願いいたします。
- 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。

※2CT と核医学検査は、医療被ばく等に関する事前説明・同意をお願いいたします。

※3心臓ペースメーカー装着の方の MRI 検査はできません。